



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file / Votre référence :

Our file / Notre référence :

NOTICE

AVIS

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Le développement du "soi" chez un enfant autiste

Johanne Proulx

Thèse
présentée
au
Département d'art-thérapie

comme exigence partielle au grade de
maîtrise

Université Concordia
Montréal, Québec, Canada
Mai 1996



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file / Votre référence

Our file / Notre référence

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-612-10887-2

Canada

SOMMAIRE

Titre: Le développement du "soi" chez un enfant autiste.

Auteur de la thèse: Johanne Proulx

Ce mémoire présente un survol de l'historique des recherches sur l'autisme infantile et explore différentes théories sur la symbolisation dans le but de comprendre la construction du soi, d'un enfant autiste reçu dans un contexte d'art-thérapie.

Selon la définition générale, l'autisme serait un repli sur soi.

Pour rendre compte de ce repli, il y a, selon les auteurs étudiés, deux tendances de pensée: l'une réactionnelle ou psychogénétique estime que l'origine de ce syndrome provient d'événements traumatiques ou d'un milieu pathogène; l'autre, organiciste, explique cet état par une déformation biologique. Une partie de cette étude montre donc l'apport de chacune de ces orientations.

Ensuite, l'exploration de différentes théories sur la symbolisation nous montrent les aspects normaux et pathologiques des premières relations d'objet et ses conséquences sur le développement de la pensée et de la construction d'un "self".

L'étude de cas illustre le traitement d'un petit garçon autiste fréquentant l'école de jour d'un grand hôpital de Montréal. Albert est âgé de six ans et est vu dans un contexte d'art-thérapie. Cet enfant a été reçu pendant une quarantaine de séances à raison d'une fois par semaine. Une sélection de dix-huit dessins permet de suivre le cheminement d'Albert à travers ses thèmes favoris qui sont au début: la piscine, les ballons, le casque de bain, les tuyaux et finalement le chat-père et le poisson-mère. La théorie de Frances Tustin vient éclairer cette étude de cas. Tout au long de ce parcours thérapeutique, l'enfant se dirige vers une intégration progressive des parties de son moi. Il se crée des brèches dans la barrière autistique d'Albert qui laisse le passage à une phase symbiotique.

Nous assistons donc, à "l'éclosion du soi" et aux premières manifestations de la pensée donnant ainsi accès au symbolisme.

PLAN DE THESE

Titre: Le développement du "soi" chez un enfant autiste.

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
PREMIERE PARTIE: HISTORIQUE DE L'AUTISME	
1.1 Origine du mot autisme: découverte de Kanner	3
1.2 Evolution du travail de Kanner	7
1.3 Emploi controversé du terme "autisme" et sa difficulté de classification	9
CONCLUSION	13
DEUXIEME PARTIE: APPROCHE GENETIQUE ET PSYCHOGENETIQUE DANS L'AUTISME	
A) APPROCHE GENETIQUE	
1.4 Survol des recherches génétiques actuelles sur l'autisme infantile	14
1.5 Symptômes fondamentaux et génétiques	18
a) Symptômes fondamentaux	18
b) Symptômes primaires ou génétiques	19
c) Les études	20
B) APPROCHE PSYCHOGENETIQUE	
1.6 Nouvelles observations psychanalytiques	22
CONCLUSION	27

CHAPITRE 2

SURVOL DE QUELQUES THEORIES SUR LA SYMBOLISATION	29
INTRODUCTION	29
2.1 Définition du mot "symbole"	29
2.2 Mélanie Klein et le concept du soi	30
2.3 Winnicott et l'espace transitionnel	35
2.4 Bion et de développement de la pensée	38
2.5 Meltzer et la notion d'expérience esthétique	42
2.6 Haag et l'image du corps, une pensée dans la lignée de Meltzer	45
2.7 Mahler et sa conception de l'autisme normal et pathologique	47
2.8 Tustin et ses classifications de l'autisme	48
2.9 Wilson et Seifert: une vision du symbolisme en art-thérapie	53
CONCLUSION	62

CHAPITRE 3

ETUDE DE CAS: HISTOIRE D'ALBERT

INTRODUCTION	68
Histoire antérieure	69
Présentation d'Albert	70
Eléments de contre-transfert	73
Difficulté de classsifier l'autisme d'Albert	76

LES SEANCES

Dessin no. 1 (1ère séance)	80
Dessin no. 2 (2e séance)	82
Dessin no. 3 (4e séance)	84
Dessin no. 4 et 5 (6e et 13e seance)	86
Dessin no. 6 (16e séance)	88
Dessin no. 7 (17e séance)	88
Dessin 8 et 9 (19e séance)	89
Dessin no. 10 (20e séance)	90
Dessin no. 11 et 12 (22e séance)	91
Dessin no. 13 (24e séance)	92
Dessin no. 14 (26e séance)	93
Dessin no. 15 (28e séance)	94
Dessin no. 16 (30e séance)	94
Dessin no. 17 et 18 (35e seance)	95
Dernière séance	97

CONCLUSION	98
------------	----

CHAPITRE 4

CONCLUSION	100
FIGURES Dessins no. 1 à 18	106
BIBLIOGRAPHIE	114

INTRODUCTION

Dans ce mémoire, je veux présenter dans le chapitre 1, un survol de l'historique des recherches sur l'autisme infantile, suivi dans le chapitre 2, d'une exploration des théories sur la symbolisation dans le but de comprendre le développement du soi d'un enfant que j'ai rencontré dans un contexte d'art-thérapie et dont l'étude de cas fait l'objet du chapitre 3. Un court chapitre 4 sert de conclusion et tente une vue d'ensemble des différentes théories abordées dans ce travail et qui servent d'appui à la compréhension de l'autisme et de l'histoire d'Albert.

Selon la définition générale, l'autisme serait un repli sur soi. Pour rendre compte de ce repli sur soi, il y a aujourd'hui deux tendances de pensée: l'une réactionnelle ou psychogénétique estime que l'origine de cet état provient d'événements traumatiques ou d'un milieu pathogène; l'autre organiciste, explique les troubles autistiques par une déformation chromosomique ou biologique.

Ces recherches ne s'opposent pas radicalement chez les auteurs que j'ai étudiés mais existent en parallèle. Mon intention n'est donc pas de prendre parti mais de montrer dans le chapitre 1, l'apport de chacun, bien que les tenants des thèses organiques et psychodynamiques semblent s'opposer comme l'explique Tustin (1986).

Dans la première partie de ce chapitre, j'expose donc la part génétique avec ses variantes puisqu'il y a eu dès le début chez Kanner différentes prises de position psychologique et génétique.

Dans la deuxième partie de ce chapitre 1, je me suis attardée à la compréhension des points de vue réactionnel ou psychogénétique. En effet, en ce qui concerne l'autisme réactionnel d'origine psychique, plusieurs praticiens y ont vu une ouverture thérapeutique plus optimiste que dans l'approche organiciste.

Dans le chapitre 2, je m'attarde aux théories sur la symbolisation développées par différents auteurs et praticiens de l'approche psychodynamique dont Klein, Winnicott, Bion, Meltzer, Haag, Houzel, Tustin, Wilson et Seifert. Ces chercheurs ont contribué à la compréhension, par leur pratique clinique et leur réflexion, des aspects normaux et pathologiques des premières relations d'objet du bébé naissant.

Le chapitre 3, vient mettre en lumière ce processus d'éclosion du soi chez un enfant autiste, Albert, à travers un cheminement en art-thérapie.

CHAPITRE 1

PREMIERE PARTIE: HISTORIQUE DE L'AUTISME

1.1 ORIGINE DU MOT AUTISME: DECOUVERTE DE KANNER

Selon Berguez (1983), les auteurs s'entendent pour dire que Kanner est l'inventeur du syndrome de l'Autisme Infantile Précoce (AIP). Kanner est né en 1894 en Autriche et termina ses études de médecine en 1921-22. Sa carrière américaine débuta en 1924. En 1943, Kanner écrivit son premier article nommé: "Autistic disturbances of affective contact" qui a été traduit par Berguez en 1983 dans son livre "L'autisme infantile, introduction à une clinique relationnelle selon Kanner".

Le terme autisme avait été employé dans un premier temps en 1906 par Eugen Bleuler, psychiatre russe pour décrire le phénomène par lequel les patients restaient à l'intérieur d'eux-mêmes. Ces gens, enfants ou adultes, selon lui, perdaient le contact avec la réalité.

Selon Synodinou (1985) en effet, le mot autisme désigne pour Bleuler un symptôme dans la schizophrénie chez l'adulte, constitué par le repli sur soi, la difficulté et l'impossibilité de communiquer avec les autres et l'évasion de la réalité.

"Cette évasion de la réalité, et dans le même temps la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure, c'est ce que nous appellerons autisme...Le monde autistique est pour ces malades tout aussi réel que la réalité bien qu'elle soit d'une réalité différente". (Bleuler, 1911)

Bleuler affirme donc que le sujet est totalement enfermé dans sa vie psychique mais cela ne veut pas dire qu'il y a absence de vie intérieure. C'est la pensée qui est détournée de la réalité, pensée autiste par opposition à la forme plus connue de la pensée "réaliste".

Comme on le disait plus haut, en 1943, Kanner utilise l'expression de "perturbations autistiques du contact affectif". L'année ensuite il crée le syndrome de l'autisme infantile précoce" pour parler de l'état pathologique grave d'enfants qui coupent toute forme de relation avec l'extérieur.

Les auteurs Ritvo et Laxer précisent que le terme "autisme" a été utilisé pour la première fois en 1943 par Kanner pour décrire spécifiquement une maladie. Son étude portait sur onze enfants qu'on lui avait envoyés parce que leur développement anormal ne correspondait pas aux critères de diagnostic connus à ce moment-là.

Kanner se dissociait alors de Bleuler en ce sens qu'il ne voyait pas à vrai dire dans l'autisme un repli de l'enfant

sur lui-même mais une espèce de contact particulier et spécifique avec le monde extérieur. (Lebovici, Duché).

Pour Kanner, l'autisme devient un syndrome spécifique dont les caractéristiques particulières sont: sa précocité, sa symptomatologie, son évolution et les perturbations des relations affectives. Pour lui, c'est un trouble primaire tandis que Bleuler le considère comme un trouble secondaire conséquence de la dissociation schizophrénique. (Duché 1990).

Les enfants étudiés par Kanner étaient en bonne santé physique et présentaient les symptômes suivants:

- une incapacité à établir des relations avec leurs parents et les gens en général;
- un retard de la parole et l'utilisation du langage à des fins non communicatives;
- un langage répétitif (écholalie);
- une façon de jouer répétitive stéréotypée;
- une préoccupation excessive pour ranger les choses toujours dans le même ordre;
- une absence d'imagination;
- une mémoire de routine.

M. Leboyer (1938) souligne également qu'en contraste avec ce tableau ces enfants ont un visage intelligent et une

apparence physique normale.

À la suite de ses observations, Kanner décrivit ces enfants comme souffrant d'autisme. Ce terme fut dès lors utilisé pour décrire ces enfants en tant qu'individus et non pas seulement pour décrire leurs problèmes. Le terme "autisme" devint à ce moment une maladie et non juste un adjectif.

Selon Leboyer (1985), la grande originalité de Kanner a donc été d'individualiser parmi un groupe d'enfants qui leur a été soumis pour débilité mentale ou pour schizophrénie, un syndrome nouveau réunissant des signes cliniques spécifiques formant un tableau à part entière.

1.2 EVOLUTION DU TRAVAIL DE KANNER

Après 1946, donc après la Seconde Guerre Mondiale, différents groupes de chercheurs commencèrent à étudier les enfants qui avaient été décrits par Kanner et qu'on appelaient autistes.

Par exemple, selon Ritvo et Laxer (1983), un groupe de médecins dirigé par Laretta Bender croyaient que ces enfants souffraient de la forme la plus précoce et la plus sévère de schizophrénie. De même, d'après elle, il y avait un continuum des désordres diabétiques, du diabète adulte, elle appliquait la même théorie à la schizophrénie depuis l'enfant jusqu'à l'adulte. Elle affirmait que cette maladie était provoquée par une anomalie cérébrale dû à un retard de maturation au stade embryonnaire. Le traitement qu'elle préconisait était semblable à celui des adultes soit: électrochocs, comas insuliniques, etc...

Berguez (1983) nous explique que la définition de l'autisme comme trouble relationnel fut acceptée mais son étiologie est toujours controversée. Berguez répertoria chez Kanner trois conceptions possibles du syndrome de l'autisme:

- biologique: il s'agit d'une incapacité innée de constituer biologiquement le contact affectif avec des personnes;

- fonctionnel: Kanner parle d'une incapacité à utiliser la structure biologique relationnelle et à réagir aux situations;
- psychologique: c'est un trouble culturel du contact affectif avec les personnes plus spécifiquement dans les relations entre l'enfant et sa mère et Kanner montre l'importance de la froideur émotionnelle des mères et des pères de ses onze premiers cas.

La conception de Kanner du trouble fondamental de l'autisme va varier au cours des années et d'une approche psychopathologique, il va passer à une approche fonctionnelle pour terminer par une vision biologisante à mesure qu'il penche vers une position de plus en plus organiciste.

G. Berguez (Mazet, Lebovici, 1990) montre donc que l'évolution de la position de Kanner qu'on peut suivre sur une trentaine d'années donne préséance dans les années 50 à la dynamique des relations entre les parents et les enfants autistiques. Les points de vue biologiques et génétiques spécifiques à cette relation prennent une place plus importante dans la dernière partie du travail de Kanner.

1.3 EMPLOI CONTROVERSE DU TERME "AUTISME" ET SA DIFFICULTÉ DE CLASSIFICATION

La place de l'autisme dans la description des troubles mentaux a varié énormément depuis Kanner suivant les écoles et les traditions nationales.

Selon Lebovici et Duché (1990), ce serait Howard et Potter en 1933 qui auraient établi les premiers le terme de schizophrénie infantile. On cherchait alors les symptômes des états pathologiques de l'enfant à la lumière des états correspondants chez l'adulte. L'autisme était alors laissé de côté. À la même époque Heller proposait l'existence des démences chez l'enfant. Les psychiatres d'enfants en comptent quelques cas dans leur expérience mais l'évolution démentielle est presque toujours dépendante d'une maladie neurologique.

Comme on l'a expliqué auparavant, la différence entre l'autisme infantile précoce (AIP) et la schizophrénie infantile par rapport au modèle de Bleuler porte sur l'absence dans l'AIP, de la dissociation des fonctions psychiques.

Berguez (1983), affirme que l'AIP fait partie de la schizophrénie infantile en tant qu'il est l'étude des troubles relationnels entre le monde intérieur et le monde

extérieur avec dans les deux cas une prédominance de la vie intérieure autistique.

À cette étape Berguez apporte une critique et un éclaircissement du concept de Kanner au point de vue nosologique. L'AIP peut être considéré à tour de rôle comme faisant partie de la schizophrénie infantile ou comme un syndrome spécifique. Selon Berguez, Kanner a fait tout cela avec une même et unique description clinique qui n'a jamais varié pendant les trente années de son travail.

Berguez (1983) reconnaît ici le caractère génial de cette description de l'autisme qui permet d'envisager de nombreux points de vue, tous différents les uns des autres mais il souligne qu'à la fin il est difficile de connaître la signification de l'AIP de Kanner.

Ce qui semble critiquable, selon Berguez et qui crée une confusion est de nommer une maladie ou un syndrome par son principal symptôme. L'autisme peut donc être à la fois un trouble relationnel selon Kanner et "phénoménologiquement une excessive solitude". Ceci, selon Berguez, nous amène à parler, quand on emploie le mot "autisme", soit du trouble relationnel entre le monde intérieur de l'enfant et le monde extérieur, soit du monde intérieur autistique de l'enfant. C'est ce qui permet à Kanner de passer selon Berguez, d'une

position à l'autre. En effet, durant la période où il envisageait l'autisme en tant que trouble relationnel, il mettait l'accent sur les conditions psychogénétiques en particulier sur la relation entre la mère et l'enfant. Ensuite, toujours selon Berguez (1983), à cause du double emploi du terme autisme, il envisage aisément l'AIP comme un syndrome clinique et à ce moment, il met en avant le trouble intrapsychique. Le monde intérieur autistique et son étude porte à ce moment-là sur la nature organique et biologique du trouble responsable de cet état autistique.

Rutter (1979), avait également souligné la source de confusion pour Kanner d'utiliser le terme "autisme" emprunté à Bleuler. Kanner disait que selon l'acceptation de Bleuler, l'autisme chez les schizophrènes fait référence à un retrait "hors des relations sociales", tandis que Kanner décrit une incapacité à développer des relations sociales; deuxièmement, il implique une vie imaginaire riche alors que les observations de Kanner suggèrent un manque d'imagination; troisièmement, il postule un lien avec la schizophrénie des adultes. Ce sont ces associations, selon Leboyer (1985) qui expliqueraient le fait que les psychiatres ont à l'occasion, interchangé les diagnostics de schizophrénie infantile, de psychose de l'enfant et d'autisme.

Depuis Kanner, selon Leboyer, les recherches sur l'autisme ont pour but:

- 1) de valider le concept d'autisme c'est-à-dire de vérifier son existence universelle et sa spécificité;
- 2) de hiérarchiser les symptômes.

Dans cette perspective, toujours selon Leboyer, les auteurs ont hésité à distinguer les symptômes primaires et secondaires. En 1956, Kanner ne conservait que deux signes importants de l'autisme: l'isolement autistique et le besoin d'immutabilité. Il exclut alors les déficiences du langage qu'il avait présenté au tout début comme un symptôme majeur.

Par la suite, comme l'explique Leboyer (1985), la symptomatologie a été organisée selon les indices suivants d'après notamment, Rutter (1978), Ornitz et Ritvo(1976) et dans le DSM 111 (1980):

- une incapacité à développer des relations sociales;
- un déficit du développement du langage;
- des réponses anormales à l'environnement, plus spécifiquement des gestes stéréotypés et une résistance au changement;
- le fait que ces signes apparaissent avant l'âge de 30 mois.

En parallèle, plusieurs auteurs ont essayé de classer les items diagnostiques et d'inventer des échelles de cotation.

CONCLUSION

On peut dire, en accord avec M. Leboyer (1985), qu'on peut retrouver dans la littérature presque autant de définitions de l'autisme infantile que d'auteurs, chacun d'entre eux mettant l'accent sur le symptôme qui lui semble plus pertinent et le mécanisme qu'il lui attribue.

Pour ma part, je vais me limiter à la définition de l'autisme en tant que syndrome psychogénétique privilégiant ainsi une approche thérapeutique psychodynamique dans la lignée de l'auteur Tustin (1986).

DEUXIEME PARTIE: APPROCHE GÉNÉTIQUE ET PSYCHOGENETIQUE DANS L'AUTISME

A) APPROCHE GÉNÉTIQUE

1.4 SURVOL DES RECHERCHES GÉNÉTIQUES ACTUELLES SUR L'AUTISME INFANTILE

Selon Leboyer et Roubertoux (1990), la génétique a souvent été vue comme une approche fataliste dans le sens de maladie irréversible. Ceci ne permettrait d'adopter pour les maladies psychiatriques, qu'une cause organique. Mais, comme nous disent les auteurs, les recherches en génétique se situent sur un plan différent. En fait, ces recherches tiennent compte des interrelations entre les disciplines complémentaires comme la neurobiologie, la clinique, la psychologie et l'épidémiologie.

En effet, la compréhension d'un individu tient compte de l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux multiples. En ce qui concerne l'autisme infantile, les recherches sont actuellement à l'analyse des faits cliniques et à leur interprétation.

Les auteurs Leboyer et Roubertoux révèlent les données suivantes: l'autisme survient dans toutes les classes sociales et dans toutes les ethnies avec les mêmes

proportions soit de 1 à 4,5 pour 10,000 personnes. Le ratio par rapport au sexe est toujours identique soit 4 garçons atteints pour 1 fille et le tableau clinique est en général plus grave chez les filles que chez les garçons.

Toujours d'après les recherches de ces auteurs, la prévalence de l'autisme infantile est, d'après le DSM 111, cinquante fois plus grande dans la famille élargie des enfants souffrant de ce trouble que dans la population générale.

On nous dit à ce propos que le risque d'autisme dans la population en général est en moyenne de 1 pour 11,000, tandis qu'on observe un ratio de 1 pour 55 à 1 pour 75 chez les descendants d'enfants autistes. Il y a aussi une concordance plus élevée chez le jumeaux monozygotes (jumeaux identiques) comparés aux jumeaux dizygotes (jumeaux non-identiques).

Folstein et Rutter (1985) ont cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'autisme pouvait représenter la forme la plus grave d'un continuum de pathologie cognitive transmis génétiquement. Ils ont cherché parmi les jumeaux non autistes, l'existence de dysfonctionnements cognitifs. Ils sont venus aux résultats que 45% des jumeaux monozygotes non autistes (5 sur 11) et 10% des dizygotes non autistes (1 sur

sur 10) ont effectivement des troubles cognitifs spécialement dans l'acquisition du langage. On a aussi observé que les avortements spontanés sont plus fréquents chez les mères d'enfants autistes. Dans 10 familles sur 40, on compte au moins un avortement involontaire ou un enfant mort-né.

Selon nos auteurs Leboyer et Roubertoux, les recherches cliniques ont permis aussi de relier l'autisme à certaines maladies génétiques comme le mongolisme, la phenylcétonurie ou la myopathie de Duchenne de Boulogne. Plus récemment, des cas d'autisme ont été reliés au syndrome de l'X fragile. Cette anomalie génétique est une des causes de retard mental et d'anomalies morphologiques. Il s'agit d'un site fragile sur le chromosome X qui apparaît lors de la culture en milieu déficient en acide folique.

Cette découverte peut amener des actions préventives et thérapeutiques puisqu'on peut observer le chromosome X fragile avant la naissance et le traiter par administration d'acide folique.

Les auteurs Leboyer et Roubertoux concluent que le syndrome autistique est une entité aussi hétérogène que l'ensemble des anémies ou des retards mentaux et recouvre différentes "maladies" ayant chacune des traits spécifiques, une

étiologie et un traitement particulier.

L'autre hypothèse retenue par les auteurs seraient que ce n'est pas l'autisme qui est hérité mais une vulnérabilité à développer un symptôme appartenant à la famille de l'autisme. À ce moment, l'autisme pouvait dans des cas graves entraîner l'apparition de troubles cognitifs.

1.5 SYMPTÔMES FONDAMENTAUX ET GENETIQUES

Selon François Dumesnil (1989), la compréhension de l'autisme comme entité psychopathologique précoce présentée par les auteurs "autisme infantile précoce", "autisme de Kanner ou "psychose autistique" n'est pas remis en question. Cependant, la description du syndrome même, en termes de symptômes fondamentaux, a fait l'objet de différences de point de vue.

Par symptômes fondamentaux, il est entendu selon Dumesnil (1989), ceux sans lesquels on ne peut poser le diagnostic et par symptômes primaires ceux qui sont la traduction directe de l'hypothèse d'une lésion.

a) les symptômes fondamentaux

Toujours selon Dumesnil (1989), le seul élément sémiologique qui fait à peu près l'unanimité est l'âge limite d'émergence de la maladie. Elle avait été fixée à l'origine par Kanner (1943-44) à l'âge de trois ans. Elle a été reportée par la suite, par différents auteurs à l'âge de trente mois pour éviter la confusion avec certaines maladies dégénératives. C'est cette dernière qui est maintenant retenue entre autres par le DSM 111 (1980).

Selon Dumesnil, les auteurs d'orientation psychanalytique ne se sont pas beaucoup intéressé à l'objectivation du symptôme. Ce sont les auteurs qui considèrent l'autisme comme un syndrome d'origine constitutionnelle qui ont senti le plus le besoin de cerner objectivement les manifestations fondamentales qui permet de cadrer l'autisme.

Le DSM 111 (1980) n'a retenu que les symptômes fondamentaux les plus usuels:

- un manque "pervasif" de réponses à d'autres humains. Il signifie que les troubles affectent toutes les sphères du développement de façon inégale et variable dans le temps;
- des déficits au niveau du langage;
- des réponses bizarres à l'environnement comme la résistance au changement et l'attachement particulier à certains objets;
- l'absence d'idées délirantes et d'hallucinations (par opposition à la schizophrénie).

b) Les symptômes primaires ou génétiques

A la suite de sa description originale, Kanner (1943) a semé le germe d'une controverse qui s'est développée par la suite. Il affirme que l'autisme serait un phénomène inné en mentionnant que les parents ont certains traits communs comme une tendance à être froids et une disposition à fonctionner au niveau des abstractions. Il soulevait l'interrogation que les premières relations pouvaient avoir une influence sur le plan étiologique.

Les recherches sur l'autisme se sont développées autour de deux grands axes, le premier qui faisait intervenir au premier plan le caractère constitutionnel ou inné et le second s'inspirant de données psychodynamiques, faisant de l'incapacité à entrer en relation le symptôme primaire de l'autisme.

c) Les études

Les études consacrées à la recherche du déficit fondamental à la base de la pathologie sont de trois ordres: génétique, biochimique et neurophysiologique.

• Les études génétiques

Les études génétiques découlent principalement d'études empiriques portant sur les ratios garçons-filles et sur le phénomène des jumeaux.

• Les études biochimiques

Les études biochimiques faites par Shain et Freedman (1961) toujours selon Dumousnil (1989), notent un niveau de sérotonine plus élevée que la normale chez les enfants autistes. La sérotonine est un neuromédiateur ayant un rôle régulateur, entre autres au niveau de la perception, et dont

le taux est généralement élevé chez les bébés puis décroît avec l'âge.

- Les études neurophysiologiques

Selon Dumousnil (1989), les études neurophysiologiques sont très limitées à cause du manque de coopération de la part des enfants autistes. Quelques études de tracés électro-encéphalographiques ont été faites mais avec des résultats contradictoires. Dans l'ensemble, les auteurs se basent sur des observations comme l'âge précoce d'apparition, la présence de comportements stéréotypés et le caractère irréversible de la maladie pour défendre l'hypothèse d'un trouble du système nerveux central.

B) APPROCHE PSYCHOGENETIQUE

1.6 Nouvelles observations psychanalytiques

Dans cette partie, je m'attarde à la conception de différents auteurs qui se sont intéressés à l'approche psychodynamique de l'autisme.

Comme on a pu le voir, Kanner a été le point de départ de ces nouvelles recherches bien qu'il ait lui-même changé sa position au cours des trente années qu'a duré son travail. En effet, on sait maintenant qu'avant 1955, Kanner tenait l'autisme infantile primaire (AIP) comme un syndrome psychopathologique. En 1955, il introduit l'autisme infantile comme un syndrome clinique ou biologique sans aucune attache psychopathologique. Il renonce alors à considérer la psychothérapie sous un jour favorable.

Mais, à la suite de la différence qu'il fait entre l'autisme infantile et la débilité mentale, plusieurs auteurs ont développé des conceptions différentes de comprendre l'autisme. En effet, à la suite des travaux de Kanner, dans l'optique étiologique psychogénétique, deux hypothèses principales se sont développées:

- La première se veut une hypothèse psychogénétique centrée sur l'environnement et plus particulièrement le rôle des parents;
- La deuxième est centrée sur l'enfant ou l'interaction parent-enfant. À cet égard, Kanner disait en 1955:

"La structure psychologique propre à l'enfant résulte de facteurs inhérents et de la dynamique relationnelle parents-enfants."

En effet, dans la première description qu'il fait de l'autisme en 1943, il réunit les caractères cliniques à ses onze premiers patients et remarque que leurs parents ont aussi un ensemble de points communs:

- ils appartiennent à une classe socio-économique au-dessus de la moyenne,
- ils sont d'une intelligence supérieure à la normale,
- ils sont surtout préoccupés de pensée abstraite, manquent de chaleur humaine, ils sont introvertis, peu démonstratifs et obsessionnels.

Kanner parle aussi d'enfants réfrigérateur:

"Les enfants étaient l'objet d'observation et d'expérience, élevés d'un oeil critique, plutôt qu'avec une chaleur authentique et avec joie de vivre." (Ajuriaguerra J. DE, 1982)

Un des chefs de file de cette croyance était Bettelheim en 1967. Celui-ci suggère, selon Leboyer (1985) que l'autisme se développerait en réponse aux sentiments très négatifs

éprouvés par le père et la mère: les mères ne savent pas caresser ou bercer leurs enfants; elles répondraient plutôt par des sentiments de rejet. La conception de Bettelheim serait que l'enfant perçoit son environnement et sa mère comme hostile et répond à ce monde menaçant en se repliant sur lui-même. Il éprouverait cette situation dramatique à une période critique de son développement qu'il identifie comme ceci:

- à 6 mois quand la relation d'objet commence;
- à 6-9 mois quand le langage et la marche apparaissent;
- à 18-24 mois quand l'enfant commence à donner forme à son environnement.

L'enfant ne recevrait pas d'accueil à ces périodes cruciales. Toujours selon Bettelheim, les frères et les soeurs ne sont pas affectés par l'enfant autistique parce qu'ils ne se comportent pas de la même façon avec chacun d'eux.

Il est certain que ces affirmations ont été remises en question par les praticiens psychodynamiques eux-mêmes. D'ailleurs, l'étude de Ritvo et Laxer (1983), a montré que l'expérience avec plusieurs milliers d'enfants autistes a prouvé qu'il existe de tels enfants dans le monde entier, qu'il n'y a pas de facteurs sociaux communs et qu'il n'y a pas un type spécial de parents que ce soit sur le plan intellectuel ou psychologique.

M. Leboyer (1990) se pose la question suivante: Pourquoi a-t-on commencé les recherches sur l'autisme infantile par des enquêtes psychosociales ou psychodynamiques?

D'après cet auteur, on peut trouver deux réponses. Le tableau décrit par Kanner laissait supposer que les troubles des relations sociales étaient d'ordre qualitatif et non quantitatif. Aussi, les chercheurs ont-ils été tenté de proposer un modèle finaliste et optimiste: finaliste, comme l'a fait Bruno Bettelheim en décrivant l'autisme comme une réaction à un environnement hostile; optimiste, car s'il y a une cause extérieure, on peut peut-être la guérir.

Cependant, à la suite des travaux de Kanner, plusieurs auteurs ont développé des conceptions différentes de comprendre l'autisme.

Par exemple, Tustin (1986) précise qu'il faut se garder de faire des diagnostics hâtifs qui mettent systématiquement en cause les premiers soins nourriciers car dans certains cas, l'insatisfaction des exigences sensuelles du bébé n'a pu être évitée car sa demande était si grande qu'aucune mère humaine ne pouvait y répondre.

D'autre part, dit-elle, puisque la sensualité intéresse le fonctionnement hormonal et inversement, on peut dire,

qu'aucune forme de psychose infantile ne peut être attribuée à des facteurs purement psychologiques. Il est difficile, selon elle, de faire la part de facteurs organiques, métaboliques et psychologiques. Elle propose que l'objectif principal est d'aider l'enfant à renoncer aux artifices que sont les "objets autistiques" et "confusionnels" et à entrer en contact avec le noyau de son "soi" authentique et déboucher ainsi sur une vie intérieure avec ses rêves, ses fantasmes et ses activités symboliques.

Donc à la suite des travaux de Kanner, deux hypothèses principales se sont développées:

- hypothèse psychogénétique centrée sur l'environnement: rôle des parents;
- hypothèse psychogénétique centrée sur l'enfant l'interaction parent-enfant.

Kanner écrivait en 1955:

"La structure psychologique propre à l'enfant résulte de facteurs inhérents et de la dynamique relationnelle parents-enfants."

Pour sa part, Leboyer situe l'autisme à la conjonction d'un accident organique inné et de stress psychogénique.

Ces hypothèses ont donné lieu à de nombreuses recherches que Leboyer regroupe selon quatre axes:

- stress précoce
- pathologie psychiatrique parentale
- QI et classe sociale des parents
- Interaction parent-enfants.

CONCLUSION

La conclusion de ce chapitre s'appuie sur une réflexion de Leboyer (1990) qui nous met en garde sur les recherches dans l'autisme qui tendent à scinder d'une façon artificielle les processus qui impliquent le savoir (les cognitions) et ceux qui concernent le social et l'affect (les sentiments, les émotions et l'humeur).

En effet, comme on a pu le voir dans ce chapitre, Kanner en 1943, avait centré sa description de l'autisme sur le déficit émotionnel et y joignait la famille comme principale cause alors que les recherches actuelles qui identifient un trouble cognitif est relié à une causalité biologique.

Comme le souligne Leboyer (1990), ce type de constatation est linéaire alors que rien ne prouve que ce modèle de causalité linéaire soit: affectif familial d'une part et cognitif biologique d'autre part, soit vrai. En effet, depuis une dizaine d'années les recherches portent sur un déficit cognitif dans l'autisme qui observe une déficience et en déduit que l'autisme s'apparente à la débilité et aux retards de développement plus qu'à la maladie mentale. Cette pensée suppose donc, selon l'auteur que:

*"l'autisme est la conséquence d'une
anomalie inhérente et non pas une
fonction déviante dans un équipement
normal."*

Leboyer remarque qu'on est en train de passer d'une interprétation essentiellement affective à une interprétation essentiellement cognitive. En accord avec Leboyer (1990), je pense qu'il est nécessaire de définir des modèles qui tiennent compte en même temps du développement cognitif, émotionnel et social. Il ne s'agit plus, comme le faisait Kanner, de séparer d'une part, déficit émotionnel et causalité familiale et d'autre part, trouble cognitif et causalité organique.

CHAPITRE 2

SURVOL DE QUELQUES THEORIES SUR LA SYMBOLISATION

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, je tenterai de comprendre les processus de symbolisation en faisant un survol de quelques études réalisées par différents auteurs et praticiens de l'approche psychodynamique dont: Klein, Winnicott, Bion, Meltzer, Haag, Houzel, Tustin, Wilson et Seifert.

Ce travail de recherche sur la symbolisation ouvre la porte au chapitre 3 car il sert de prémisse à la compréhension du début de la "construction du soi" chez un enfant autiste vu dans un contexte d'art-thérapie et qui fait notamment l'étude du chapitre suivant.

2.1 DEFINITION DU MOT "SYMBOLE"

Pour débiter ce chapitre, j'aimerais faire la lumière sur la définition du mot symbole en citant l'explication qu'en a fait Frances Tustin (1986) dans son livre "Les états autistiques chez l'enfant".

"Un symbole est une activité ou un objet employé comme un substitut de quelque chose d'autre et qui est très différent de ce qui est symbolisé. Ainsi le mot "chat" peut représenter un chat et nous n'avons pas besoin de pouvoir voir, toucher et manipuler un chat réel pour pouvoir communiquer à son propos. Le symbole ne ressemble pas non plus au chat en quoi que ce soit. La symbolisation dépend de la capacité de se sentir séparé du monde extérieur et motivé à communiquer sur ce dont on est en train de faire l'expérience. Elle dépend donc de la capacité à tolérer une frustration jusqu'à un certain point.

Dans certains écrits psychanalytiques, le mot symbole se voit donner le sens spécifique de dénotation du matériel inconscient par une représentation qui ne lui est pas directement liée. C'est ainsi que dans les rêves, un serpent peut représenter un pénis."

2.2 MELANIE KLEIN ET LE CONCEPT DU SOI

Pour débiter je me suis intéressée à la théorie de Melanie Klein sur les débuts de la symbolisation car cette auteure s'est intéressée bien avant Kanner à la psychose de l'enfant entre autre par l'entremise de l'histoire de "Dick" qu'on identifierait aujourd'hui comme "autiste" selon Hanna Segal (1979).

Je voudrais d'abord donner une explication du concept du "soi" que j'utilise dans ma thèse à partir de la définition qu'en a fait Klein en s'appuyant sur Freud dans son texte "Envie et gratitude" (1959):

"Selon Freud, le moi est la partie organisée du soi constamment influencée par les incitations pulsionnelles mais les gardant sous son contrôle grâce au refoulement; le moi dirige toutes les activités, établit et maintient la relation avec le monde extérieur. Le "soi" couvre l'ensemble de la personnalité et comprend non seulement le "moi" mais toute la vie pulsionnelle que Freud a désignée par le terme de ça."

Selon Klein, le moi existe et fonctionne dès la naissance et assure une tâche importante, celle de se défendre contre l'angoisse suscitée autant par la lutte intérieure que par les facteurs externes. Selon elle, le moi est aussi à l'origine de nombreux processus dont l'introjection et la projection. Elle a aussi développé le concept du "clivage" qui sépare aussi bien les pulsions que les objets.

D'après son travail psychanalytique auprès des enfants, elle reconnaît que l'introjection et la projection entrent en jeu dès le commencement de la vie postnatale, comme les premières activités d'un moi qui opère dès la naissance. Les fantasmes qui sont les représentants psychiques des pulsions, sont également présents dès la naissance.

L'introjection signifie que le monde extérieur, son impact, les situations vécues par le bébé ne sont pas seulement perçues comme appartenant au monde extérieur mais sont intériorisées par le soi et deviennent alors une partie intégrante de la vie intérieure.

La projection implique qu'il existe chez l'enfant une capacité à attribuer à son entourage toutes sortes de sentiments parmi lesquels prédominent l'amour et la haine.

Selon Hanna Segal (1979), Klein découvrit que le fantasme inconscient s'exprime d'une manière symbolique dans les jeux et les activités des enfants. Elle souligne que dès le début de son oeuvre, Klein pense que l'enfant dans ses activités impliquant le monde extérieur, symbolise de manière active ses fantasmes concernant les membres de sa famille. Elle considère également la symbolisation comme la base essentielle de toute sublimation.

Elle parle également de "symbolisme inconscient véritable" tel que défini par Ernest Jones, c'est-à-dire le résultat du refoulement et du conflit psychique dans lesquels ce qui est en jeu est toujours inconscient. Elle montre que ce symbolisme inconscient est un lien essentiel entre les fantasmes primitifs et la relation à la réalité.

En fait, comme l'explique Hanna Segal (1985), Klein est en accord avec Freud et Ernest Jones pour dire que:

"ce sont les premiers objets et les premières fonctions qui sont l'objet de la civilisation et que la symbolisation et le résultat d'un conflit psychique lié au refoulement."

Mélanie Klein étudia plusieurs patients et établit une étude de la formation du symbole à partir de ses observations sur le conflit. Elle démontra aussi le rôle que joue dans ce processus l'angoisse et la culpabilité.

Entre autre, comme je l'ai mentionné un peu avant, elle fit l'analyse d'un petit garçon de 4 ans, Dick, qui ne parlait pas, ne jouait pas et n'avait pas de relation affective avec ses objets. Il n'éprouvait aucun signe d'angoisse à la présence ou à l'absence de ses parents. Il n'éprouvait un intérêt que pour les poignées de porte et les gares. L'analyse progressant, il se mit à éprouver de l'angoisse. Dans ses jeux, comme l'explique l'auteur, il montra que dans ses fantasmes, il se livrait à des attaques sadiques sur le corps de sa mère et cela lui causait une angoisse insurmontable. Klein citée par Hanna Segal (1979), l'explique ainsi:

"Dick se retrancha de la réalité et mit sa vie fantasmatique à l'arrêt en se réfugiant dans le fantasme du corps maternel vide et noir. Il avait réussi

de cette manière à retirer son attention des divers objets du monde extérieur qui représentaient les contenus du corps maternel - le pénis du père, les fèces, les enfants. Il devait se débarrasser de son propre pénis, organe de son sadisme et de ses propres excréments (il devait les nier) parce qu'ils étaient dangereux et agressifs".

Segal (1979) nous dit que lorsque Mélanie Klein en arriva à comprendre ces fantasmes et que l'angoisse inconsciente de Dick commença à diminuer et à devenir consciente, le processus de symbolisation se déclencha. À mesure que ses jeux devenaient plus élaborés, Klein observa que l'angoisse et une culpabilité excessive étaient des éléments fondamentaux d'inhibition. À ce moment, une porte s'est ouverte dans l'analyse jusque-là impossible à cause de l'absence de communication.

Dick était considéré comme schizophrène. Segal (1979) remarque que Kanner, plusieurs années plus tard décrivait ce symptôme comme "autisme infantile précoce". Klein démontra à travers ses articles que l'angoisse si elle n'est pas excessive est un stimulant essentiel pour le développement de l'enfant. Haag (1990), qui élaborait la pensée de Klein soutient que:

"Dans le processus de maturation normal, c'est l'angoisse née pendant la phase du sadisme primaire qui met en marche le mécanisme même de l'identification".

Elle ajoute :

"l'identification, précurseur du symbolisme, prend son origine dans les efforts du petit enfant pour redécouvrir dans chaque objet ses propres organes et leur fonction, mais aussi les organes parentaux convoités, ... l'angoisse surgissant de cette convoitise pousse alors l'enfant à établir sans cesse de nouveaux équivalents, des équations nouvelles qui constituent le fondement de son intérêt pour les objets nouveaux et du symbolisme lui-même."

Selon Segal (1979), les recherches de Klein ont stimulé l'approfondissement des processus de symbolisation aussi bien créateurs que pathologiques.

2.3 WINNICOTT ET L'ESPACE TRANSITIONNEL

Dans le même ordre d'idée que Klein au sujet de la recherche d'équivalents symboliques, la théorie de Winnicott sur les objets et l'espace transitionnels reste aussi un effort pour l'enfant pour compenser l'expérience perdue ou l'absence de la mère.

En effet, selon l'auteur, comme l'explique Ajuriaguerra (1984), lorsque la mère est "suffisamment bonne", l'enfant développe un sentiment d'omnipotence et de toute-puissance

et son illusion de refaire le monde qui l'entoure. Cette activité mentale, selon l'auteur, transforme un environnement suffisamment bon en un environnement parfait. Ce phénomène permettrait à la psyché de l'enfant de résider dans le corps, parvenant à un tout "psyché-soma" qui serait à la base d'un "self" authentique. L'enfant inclut modérément dans ce monde les désillusions face aux manques de la mère et remplace par le fait même, l'illusion primitive par une aire intermédiaire que Winnicott appelle l'aire transitionnelle dont le représentant est l'objet transitionnel.

Cet objet qui appartient au monde de la réalité comme la couverture de l'enfant est pour lui ni un objet interne, ni externe et se place avant la construction de l'épreuve de réalité, il représente le sein ou l'objet de la première relation. L'enfant y projette son omnipotence et sa vie fantasmatique.

Par ce processus, l'enfant y construirait, selon Winnicott, son "vrai self" et par opposition, son "faux-self", si l'environnement a été de mauvaise qualité. Comme l'explique Ajuriaguerra (1984), il peut être à l'origine d'une construction défensive contre la crainte d'un effondrement et représente le développement pathologique du soi. Alors, pour que le développement d'un "self" normal se fasse,

Winnicott a identifié trois rôles importants que la mère doit tenir auprès du bébé et qui sont nécessaires à son développement: le "holding", le "handling", et l'"object-presenting".

Le "holding" correspondrait à la façon dont la mère tient et soutient le bébé physiquement et psychiquement. Le "handling" serait rattaché aux soins et manipulations du corps incluant les caresses de la mère pour son bébé. L'"object-presenting" consiste pour Winnicott, à la capacité de la mère d'offrir à son bébé l'objet ou le sein au moment précis où celui-ci en exprime le besoin, c'est-à-dire ni trop tôt, ni trop tard afin de permettre au bébé de recréer l'objet d'une façon magique. La présentation trop tôt empêche l'enfant de faire l'expérience du besoin et du désir. Par opposition, si l'attente est trop longue, le bébé apprend à supprimer son désir par peur de l'anéantissement, conséquence de la colère et du besoin trop grand.

On pourrait conclure en disant que selon la pensée de Winnicott, l'espace symbolique de l'enfant pourrait se créer si les conditions du maternage sont assez bonnes pour laisser une place à la construction d'un espace propice au développement de symboles représentatifs du désir de satisfaction.

Je voudrais conclure en citant une réflexion de Amadou (1979), qui s'intéresse à l'idée de "l'être" notamment chez Winnicott:

"Mais cette chose qui s'appelle un nourisson n'existe pas." Tel est le cri qui échappe un jour à Winnicott. Non, il n'y a pas d'abord ni soi, ni encore moins de moi, ni objet; ni extérieur, ni intérieur. Et si c'est bien le nourisson qui crée ainsi l'objet-mère, le monde, c'est que la mère-sujet veut bien se laisser créer (alors qu'elle a déjà créé (enfanté son organisme))."

2.4 BION ET LE DEVELOPPEMENT DE LA PENSEE

W. Bion (1964) quant à lui s'est intéressé au développement de la pensée élaborant une théorie sur l'"appareil à penser les pensées". Il a élaboré ses concepts à partir de la psychanalyse des états psychotiques chez des adultes.

Selon Bégouin (1989), c'est à partir des idées développées par Klein, particulièrement ses concepts d'identification projective, de position schizo-paranoïde et de position dépressive que Bion étudia la schizophrénie.

D'après son étude des troubles de la pensée dans la psychose, Bion essaya de comprendre la genèse de la pensée.

Donc en étudiant le mécanisme de l'identification projective utilisé d'une façon "réaliste" dans le développement de la pensée, il réintroduit comme il dit "le rôle de la réalité extérieure et de la réalité de l'objet dans le développement".

Comme dit Bégouin (1989), Winnicott avec ses théories sur le "holding" et de "mère suffisamment bonne" avait déjà identifié l'environnement comme ayant un rôle décisif. Bion, pour sa part, a démontré la "nature de l'interaction mère-enfant" permettant le développement psychique. Il emploie le terme de "containing". Sa théorie démontre le rôle des premières identifications dans la mise en place du noyau du sentiment de sécurité et d'identité qui rend possible le développement psychique à travers "l'assimilation symbolique de l'expérience relationnelle".

Pour que le processus de symbolisation se construise, il faut assurer l'identité de base. Sinon, se développent ce que Bion appelle "les transformations dans l'hallucinoïse" qui construisent un monde narcissique "auto-engendré" et qui peut faire dévier partiellement ou en entier la relation avec le monde réel des relations d'objets. Cette conception du monde que l'enfant a ainsi auto-engendré constitue une douleur psychique intolérable, que Bion a appelé la "terreur sans nom".

D'après l'auteur, les pensées primitives se construisent sur des impressions sensorielles ou des émotions très primitives et de mauvaise qualité: les protopensées ne sont que de mauvais objets dont le bébé doit se libérer. Pour Bion, le facteur fondamental qui soutient la capacité à former des pensées se trouvent dans la tolérance à la frustration.

Ajuriaguerra (1984) explique la théorie de Bion en disant que lorsque la tolérance est suffisante, le bébé utilise des mécanismes qui servent à modifier l'expérience et qui aboutissent à la production d'éléments "A". S'il n'y a aucune tolérance à la frustration, l'enfant n'a pas le choix que de se soustraire à l'expérience par l'expulsion d'éléments "B" (choses en soi). L'auteur l'explique ainsi:

"Les "éléments A" sont les impressions sensorielles et les vivances émotionnelles primitives: ils servent à former les pensées oniriques, le penser inconscient, les rêves et les souvenirs. "Les éléments B", en revanche ne servent pas à penser; ils constituent des "choses en soi" et doivent être expulsés par l'identification projective."

Pour Bion, "l'appareil à penser les pensées" s'organise autour de deux axes qui mettent en relation premièrement, les notions de contenu-contenant et deuxièmement, la relation dynamique entre position schizo-paranoïde et position dépressive, théories élaborées par Mélanie Klein.

Le bébé utilise sa mère comme contenant de ses sensations et la capacité de rêver de celle-ci lui permet d'accueillir les projections des besoins du bébé et de leur donner un sens.

La position dépressive permet la réintégration dans le psychisme du bébé, des éléments dissociés et fragmentés de la période de développement précédente.

Colin (1986) qui s'est intéressé à l'oeuvre de Bion, nous dit que la notion d'identification projective est centrale dans l'oeuvre de Bion. Je cite:

"Cette notion se réfère à un ensemble de fantasmes (et de relations d'objet qui les accompagnent) destinée à débarasser le soi de certains de ses aspects indésirables, à déposer ces "parties" dans une autre personne, et, enfin à recouvrer une version modifiée de ce qui fut expulsé.

Bion émet l'hypothèse que le bébé a une disposition innée, une "préconception qui correspond à l'attente du sein".

"Lorsqu'une telle préconception est mise en contact avec une réalisation qui lui ressemble, le résultat mental est une conception".

2.5 MELTZER ET LA NOTION D'EXPERIENCE ESTHETIQUE

Pour Meltzer (1980), la pensée se construit sur l'expérience émotionnelle. Il accorde une grande importance aux expériences émotionnelles primaires d'ordre esthétique et au conflit esthétique qui en découle. Selon Haag (1990), cette considération fait surgir d'une façon très précoce la notion de l'intérieur de l'objet.

Pour Meltzer (1990), "l'attention" comme fonction primordiale et développée dans les toutes premières relations organise la perception "par une sorte de fonction rassemblante qui aurait dans l'autisme, la propriété de se relâcher" et qui permet, ce que Meltzer a appelé "le démantèlement de l'appareil perceptuel" considéré par l'auteur comme le système défensif principal dans l'autisme.

Selon Haag (1990), Meltzer remarque la disposition agressive dans les psychoses non autistiques mais souligne aussi la disposition à la douceur et à l'hypersensibilité, aux angoisses dépressives et aux états émotionnels de l'autre dans l'autisme. Meltzer l'explique comme une hyperempathie ainsi qu'une particulière sensibilité du côté esthétique:

"Les enfants autistes ont une capacité esthétique particulièrement intense; jusqu'à un certain point, ils font la rencontre très prématurément avec la douleur dépressive (la peur d'endommager l'objet esthétique). Alors ils se retirent de l'objet et se privent de l'expérience esthétique. Par une telle privation, ensuite, ils sont repoussés en arrière jusqu'à la destruction de leur propre capacité mentale."

Houzel (1990) explique ainsi la vision du conflit esthétique chez Meltzer. Le bébé vivrait sa naissance comme une libération de la prison utérine et comme une découverte de la beauté du monde. Soumis à cet afflux de stimuli sensoriels, le bébé ressentirait une violente émotion esthétique. Selon Meltzer, ce bébé utiliserait tous ses moyens pour connaître le sens de cette émotion esthétique. Il veut entre autre, savoir si la beauté extérieure de l'objet correspond aux mêmes qualités intérieures chez lui. Cette question et cette incertitude serait le noyau de ce que Meltzer appelle "le conflit esthétique".

Certains bébés plus sensibles que d'autres à la beauté du monde ou se trouvant dans l'impossibilité de trouver autour d'eux l'objet maternel capable de servir de contenant à leur détresse psychique liée au conflit esthétique s'engagerait dans l'une ou l'autre des quatre formes de psychoses:

- l'autisme proprement dit et états postautistiques;
- l'échec de l'ajustement postnatal;
- l'échec primaire du développement mental;
- la psychose géographique confusionnelle.

Houzel (1990) explique ainsi l'autisme et les états postautistiques. Il rappelle que Meltzer a nommé le mécanisme de défense central de l'autisme proprement dit "démantèlement du Moi". Depuis 1984, celui-ci considère ce mécanisme comme une défense opposée à la souffrance du conflit esthétique. Le démantèlement du Moi est un clivage passif du Moi qui touche les sens: la vue, l'audition, le toucher, etc. Houzel résume ainsi les conséquences de ce clivage:

"Il aboutit à une sorte de mise à plat du Self et de l'objet et à un type de relation bidimensionnel, que Meltzer a appelé après Esther Bick "identification adhésive". L'objectif du démantèlement est de supprimer toute séparation du Moi et de l'objet, de nier toute intériorité au Self et à l'objet et d'abolir par là tout gradient de souffrance psychique."

D'après Meltzer, dans les états postautistiques, on retrouve une certaine capacité à intérioriser des objets, mais les objets internes sont tenus à distance les uns des autres et maîtrisés de manière omnipotente. Ceci aurait comme résultat que toute rencontre féconde entre les objets internes et toute réelle activité de pensée sont impossibles. Ces états sont apparentés aux états obsessionnels.

2.6 HAAG ET L'IMAGE DU CORPS. UNE PENSEE DANS LA LIGNEE DE MELTZER.

Comme Meltzer et Bick, Haag (1990) s'est intéressée au concept de relation de type adhésif qui sert à mettre en lumière le développement du symbolisme. Elle souligne le pouvoir de la rencontre relationnelle. Pour parler de cette non-rencontre, elle s'attarde au phénomène de répétition compulsive chez les enfants autistes, d'une expérience d'arrachage-dépouillement-écorchage dans une conscience prématurée de la séparation. Elle fait référence, comme elle dit à ce moment-là, à l'image du corps fantasmée qui n'est pas complète ou stabilisée. Ce serait une image non encore conscientisée. Elle explique que dans ce phénomène de collage-décollage, il y a une non-perception des relations d'emboîtement. Il y a aussi une inexistence des relations mains-bouche et de graves problèmes de la relation à l'espace. Ce sont donc, comme dit Bick et Meltzer, des relations de type adhésif et il n'y a alors pas de communication interpénétrante possible.

Pour Haag, le développement de la relation passe dans un premier temps par la quête du regard. Il s'établit alors des relations intracorporelles de jonction et d'interpénétration, suivies de manipulations de leurs

jonctions (perles emboîtées, crayons dans un récipient, stylos-feutres remis dans leurs bouchons, ect...)

Haag (1990) explique ainsi sa pensée :

Tout se passe comme si, dans la rencontre relationnelle s'expérimentaient des jonctions créatrices ayant la propriété de fabriquer en quelque sorte de la substance psychique, capable de se "dédoubler sans arrachement dans la séparation et permettant donc progressivement l'avancement de la conscience de séparation."

Pour conclure avec Haag, chez les enfants autistes, quelque chose "en double" ne s'est pas fait : les relations de "mirroring" comme dit Winnicott n'ont pas pu s'exercer et s'intérioriser. L'enfant a besoin d'expérimenter des séparations progressives, par exemple de la bouche et du mamelon, des corps dans leurs limites et alors, comme dit l'auteur, les mêmes gestuelles deviennent représentation consciente, des interrelations avec l'autre avec un sens symbolique achevé.

Je pense que cela rejoint la définition que Malher (1973) donne de l'autisme pathologique quand elle dit :

L'autisme est une tentative de dédifférenciation et de perte de la dimension animée".

2.7 MAHLER ET SA CONCEPTION DE L'AUTISME NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Pour Mahler, l'enfant autistique doit recourir à un mécanisme de maintien constitué d'une "conduite hallucinatoire négative" qui tente d'annuler toute perception du monde extérieur y compris la mère.

Mahler la différencie de la "phase autistique initiale" ou "autisme normal" où le bébé n'a conscience ni de son individualité ni de celle de sa mère. Dans cette phase "normale", il expérimente des phases de besoins et des phases de satisfaction. L'enfant est alors dans un état de "désorientation hallucinatoire primaire" puisque la satisfaction de ses besoins dépend de sa seule toute-puissance autistique. À la suite de ces expériences, le bébé accepte ce que Mahler appelle la "phase symbiotique" parce qu'il devient capable d'attendre et d'anticiper avec confiance la satisfaction. Ce processus se développe grâce aux traces mnésiques laissées par le plaisir de la gratification.

L'enfant normal aurait donc selon Mahler, une phase autistique normale, une phase symbiotique et un processus de séparation-individuation.

Mahler considère la psychose infantile, qui inclut l'autisme pathologique, comme le résultat des échecs dans le processus d'individuation décelés autant chez l'enfant que chez la mère. L'enfant ne pourrait dépasser certaines phases en raison de l'angoisse massive que suscite l'accès à l'étape suivante. Comme nous le disions auparavant, pour se défendre de cette angoisse, l'enfant utilise ce que Mahler appelle des "mécanismes de maintien" qui viennent s'opposer au progrès dans le développement.

2.8 TUSTIN ET SES CLASSIFICATIONS DE L'AUTISME

Tustin est l'auteur suivant auquel j'ai choisi de me référer afin de comprendre la construction du soi et bien sûr, la construction du symbole. C'est aussi l'analyste principal qui guide mon étude de cas du chapitre suivant.

Dans un premier temps, à cause de l'envergure de sa recherche et afin de mieux comprendre les différenciations qu'elle fait de l'autisme, j'ai cru bon de présenter sa distinction des psychoses infantiles élaborées chronologiquement.

Pour Tustin, le basculement dans l'autisme pathologique résulte d'une prise de conscience intense et prématurée chez le nourrisson de la séparation d'avec la mère. Dans son livre "Autisme et psychose de l'enfant", Tustin (1972) classifie trois sortes de psychoses infantiles. Houzel (1990) les a répertoriées comme tel :

- l'autisme primaire anormal, appelé aussi "forme amibienne" qui fait référence à une absence de structure propre du psychisme de ces enfants.

- l'autisme secondaire encapsulé nommé "forme crustacée" qui fait référence au phénomène par lequel l'enfant se défend du monde extérieur en érigeant une barrière de protection psychique imperméable, constitué comme une vraie carapace.

- la régression à l'autisme secondaire, où elle place l'équivalent dans la schizophrénie de l'enfant.

Dans son livre suivant, "Les états autistiques chez l'enfant", Tustin (1986) a révisé sa première classification. Elle abandonne la dénomination "autisme primaire anormal" qu'elle considère à partir de ce jour comme l'expression d'une atteinte organique cérébrale et comme un état d'arriération mentale plutôt qu'un état psychotique.

Tustin garde aussi les deux autres formes de psychoses qu'elle nomme: "Etats autistiques à carapace" et "états autistiques confusionnels". Elle divise ensuite ces états en deux parties selon les mécanismes de défense qu'elle identifie comme "forme primaire" lorsqu'ils touchent l'ensemble de la personnalité et "à segments" lorsqu'ils concernent des parties seulement de la personnalité.

Comme le montre Houzel (1990) dans le tableau qui suit, Tustin distingue quatre formes de psychoses infantiles:

Etats autistiques à carapace:

- Primaire (type crustacé)
- Secondaire (type à segments)

Etats autistiques confusionnels:

- Primaire (type à segments)
- Secondaire (type fragmenté)

Elle les identifie comme ceci:

a) états autistiques à carapace, forme primaire (type crustacé):

- encapsulement total, global, indifférencié du "Moi" pour exclure le non-moi.

b) états autistiques à carapace, forme secondaire (type à segments):

- encapsulement de segments de "Moi" et de "non-Moi"

perçu comme "moi" ce qui exclut le "non-Moi".

c) états autistiques confusionnels primaires (type engouffrement):

- enveloppement total, global, indifférencié du "non-Moi" pour l'attirer dans le "Moi" afin de brouiller et d'estomper ces effets.

d) états autistiques confusionnels secondaires (type fragmenté).

- absorption de fragments de "non-Moi" pour les inclure dans le "Moi" les confondre et les enchevêtrer avec le "Moi", ce qui brouille et estompe les effets du "non-Moi" mais ne les revêt pas d'une carapace ni n'exclut complètement le "non-Moi".

Tustin identifie donc, comme Winnicott, les même types de souffrance psychique dans les psychoses infantiles soit, la "dépression psychotique".

Houzel (1990) cite Tustin qui dit que cette dépression est liée à une perte non encore mentalisable qui serait pour l'enfant, semblable à l'arrachement d'une partie du corps, comme par exemple la perte fantasmatique du sein et du mamelon vécue comme un arrachement d'une partie de sa bouche qui laisse derrière lui "un trou noir".

Donc pour lutter contre cette dépression psychotique, le bébé dispose de deux modes de défense soit :

- la constitution d'une carapace psychique ou
- la confusion Moi et non-Moi.

Comme le souligne Houzel (1990), dans les deux cas la séparation d'un Self et d'une réalité extérieure est niée et sert de protection à l'enfant contre le resurgissement de la souffrance reliée à la dépression psychotique.

Pour les auteurs Ciccone et Lhopital (1991), Tustin en 1986 suggère de modifier l'affirmation de Freud qui consiste à penser que les pulsions érotiques existent dès la naissance et de le remplacer par "l'autosensualité" qui se transformerait au cours du développement en autoérotisme et autosadisme. L'autoérotisme est donc inhérent à l'introjection et concerne selon Freud, le narcissisme secondaire.

Tustin donne l'exemple de l'enfant normal qui suce son pouce pour se souvenir de l'objet absent gratifiant. Chez l'enfant autiste, comme souligne nos auteurs Ciccone et Lhopital, l'intériorisation d'un bon objet gratifiant dont le souvenir lui vient en aide en cas de détresse ne s'est pas opérée ou ne fonctionne pas. L'autoérotisme est remplacé par l'autosensualité. Ils l'expriment ainsi :

"Sucer son pouce a pour fonction chez l'enfant autiste, non tant de se remémorer une expérience de plaisir internalisée que d'investir une grappe de sensations orales nécessaires à la survie psychique. Cela concerne le narcissisme primaire où il est question de vie ou de mort."

Selon nos auteurs, dans l'autoérotisme, il y aurait donc une certaine activité de pensée et des fantasmes liés à l'investissement d'un objet libidinal. Cela s'oppose à l'autosensualité où il y aurait alors absence de pensée.

2.9 WILSON ET SEIFERT: UNE VISION DU SYMBOLISME EN ART-THERAPIE

Wilson (1985) considère la production artistique comme de première importance dans le développement de la capacité à symboliser chez les patients vus dans un contexte d'art-thérapie. Pour elle, cette capacité est liée aux diverses étapes du fonctionnement du moi.

Le psychanalyste Beres cité par Wilson critique la définition du symbolisme tel que décrit par le dictionnaire et qui dit:

"something that stands for, represents, or denotes something else (not by exact resemblance, but by vague suggestion, or

by some accidental or conventional relation)"

Beres trouve cette définition trop large pour être utilisée dans différents types de représentation indirecte. Selon lui, quelque chose qui se substitue à quelque chose d'autre et qui est expérimenté comme égal à l'objet original n'est pas un symbole. Il peut servir de signe ou de signal mais un symbole doit signifier et non prendre la place de la chose qu'il représente.

Il donne l'exemple d'un enfant qui répondrait à un adulte nourricier, autre que la mère, comme si c'était la mère. Celle-ci répondrait en fait, à un bon objet substitut et non pas à un objet symbolique. Il y aura un processus symbolique lorsque l'enfant pourra évoquer une représentation de la mère en son absence. Beres insiste sur le fait que le symbolisme tel que compris en général par les psychologues et les philosophes inclut plus qu'une réponse immédiate à un signal donné.

Pour Beres, le symbole est une représentation de l'objet qui peut être évoquée en l'absence d'un stimulus externe immédiat. Il donne alors l'exemple de l'objet transitionnel de Winnicott qui réfère à une transition du substitut à l'objet symbolique comme la couverture de l'enfant qui représente la mère en son absence.

Wilson est d'accord avec Beres qui explique que les fonctions du moi doivent être suffisamment développées pour permettre la formation du symbole, c'est-à-dire la perception, la mémoire, l'apprentissage, la conceptualisation, l'épreuve de réalité et ses diverses fonctions d'organisation.

Dans un premier temps, ces fonctions apparaissent d'une façon concrète chez le bébé et se développent plus tard de manière abstraite. Par exemple, un enfant peut exprimer son désir d'ouvrir une boîte en ouvrant et fermant la bouche et quelques mois plus tard, il prononce le mot "ouvrir".

Dans sa pratique en tant qu'art-thérapeute, Wilson s'appuie sur les théories de Beres qui identifie trois niveaux d'accès au symbolisme inspiré des recherches de Piaget.

Piaget distingua en effet, quatre grandes périodes dans le développement de l'enfant où chaque apprentissage ne devient possible qu'en fonction de la phase précédente. Elles s'inscrivent comme suit tel que décrit par Ajuriaguerra (1984):

- 0-24 mois: période de l'intelligence sensori-motrice.
- 2-6 ans: période préopératoire
- 7 à 11-12 ans: période des opérations concrètes
- 11-12 ans: période des opérations formelles.

Beres décrit une hiérarchie des expériences perceptuelles qui supportent le fonctionnement mental tel que la pensée et de développement des fantaisies.

Au premier niveau, il place la réponse aux sensations nerveuses comme la température, la douleur, le toucher, la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat. Les sensations peuvent donc provenir de l'intérieur du corps et de l'environnement extérieur. À ce stade, les sensations sont un phénomène neurophysiologique et devraient être considérées comme pré-perceptuelles.

Au second niveau, les sensations sont organisées en préceptes. Ces préceptes sont reconnus par le cerveau comme des gestalts ou des configurations de l'espace, de la forme et de la couleur. Comme elles dépendent directement de stimulations sensorielles, elles sont comparables à des signaux ou à des indices. On peut aussi les appeler traces de mémoires.

Au troisième niveau seulement, la perception est indépendante de la stimulation sensorielle immédiate. Cela devient alors une représentation mentale de quelque chose qui n'est pas nécessairement vécue au moment présent par les sens. Pour résumer, Beres exprime sa pensée en différenciant trois types de réalité:

"There is a reality of direct perception of immediate sensation; there is a reality organized gestalt configurations; and finally there is a reality of abstraction and conceptualization".

Pour Beres donc, le symbolisme est un type de représentation mentale qui fournit les blocs constructeurs pour les autres représentations mentales plus complexes comme les images, les fantaisies, les pensées, les concepts, les rêves, les hallucinations, les symptômes et le langage.

Le symbole serait donc une des premières représentations mentales d'un stimulus absent, interne ou externe.

L'autre concept fondamental important chez les théoriciens est que le fonctionnement psychique est canalisé à travers les représentations mentales.

En s'appuyant sur les idées de Beres, Wilson considère alors le symbole comme un lien critique entre le monde de la réalité (comme stimulus) et le comportement humain, les pensées et les fantaisies (comme réponses). Elle souligne que les dysfonctionnements dans la formation du symbole caractérisent un grand nombre de pathologies comme la schizophrénie et l'aphasie. Elle remarque ainsi la valeur de la fabrication des images dans le traitement des pathologies.

Wilson (1985) établit alors une relation entre le symbolisme et le fonctionnement psychique et considère à ce moment, comme de première importance le rôle de la fabrication d'un objet artistique dans le but, entre autre, de canaliser l'énergie psychique qui autrement prendrait la forme d'un comportement impulsif et incontrôlé chez l'enfant en difficulté.

Elle considère également la production artistique comme un moyen de faire la lumière sur les fantasmes inconscients et de les organiser.

"As art therapist, when we ask our patients to make pictures or sculptures when they are under pressure to act or behave impulsively, we are seeking to help them delay peremptory drive discharge and instead put their feelings, thoughts, or fantasies into visible form".

Cependant, en se basant sur ce qu'on vient de voir, l'enfant autiste est à un niveau pré-perceptuel ou au niveau de la perception de la sensation immédiate.

Seifert (1988) qui travailla en art-thérapie avec les enfants autistes nous apprend que le portrait de l'autiste est pauvre en terme de développement personnel à l'âge adulte. Selon elle, avec un pronostic favorable, l'enfant a seulement 1% ou 2% des chances de fonctionner à un niveau

normal. Elle ajoute que ce pronostic est habituellement meilleur chez les enfants schizophrènes que chez les enfants autistes.

Il est donc important de faire la distinction avec Seifert de ces deux pathologies. L'enfant schizophrène, par rapport à l'enfant autiste, souffre généralement d'hallucination, d'idées paranoïdes, d'une incapacité à associer et d'incohérence de la pensée. Ces phénomènes sont absents chez l'autiste. Dans les troubles du langage présents dans la schizophrénie, on remarque aussi que les enfants font généralement des contacts visuels et essaient de communiquer avec des gestes ou des signes. L'enfant autiste ne cherche pas les contacts visuels et reste indifférent aux stimulations.

Malgré cela, Seifert a pu observer des changements chez un enfant autiste nommé Mike qu'elle a reçu à l'âge de 3 ans et demie dans un contexte d'art-thérapie. Elle ne pouvait rien deviner de ce qui se passait dans l'esprit de Mike jusqu'au jour de son premier gribouillis en forme de cercle à l'âge de 4 ans qui indiquait qu'il était conscient de son environnement et donc espérait entrer en communication avec les autres.

Seifert relate que pendant six ans Mike ne faisait que des

dessins numérotés comme des calendriers, les chiffres et les lettres copiés sur des plaques de licences. Mike faisait des dessins pour lui-même et jamais pour être montrés aux autres. Seifert souligne qu'à travers le dessin, Mike essayait de maîtriser physiquement, socialement et émotionnellement la réalité qu'il ne pouvait accomplir directement. À 5 ans et demie son développement intellectuel avança soudainement et il commença à dire quelques mots qui prenaient un sens. Ses dessins de la figure humaine progressaient vers un âge approprié et le corps complet apparut avec la tête, les oreilles et les cheveux. Selon Seifert, ce dessin annonçait une réorganisation psychophysiologique lorsque Mike venait à reconnaître le caractère de permanence de l'objet et que cet objet fut reconnu par lui comme existant au-delà des limites du champ perceptuel.

Je suis convaincue, avec Wilson, qu'il faut encourager la production d'un travail artistique ou de la fabrication de l'image afin d'améliorer la capacité de symbolisation chez l'humain, celle-ci étant reliée à plusieurs points importants de la formation du moi.

Pour terminer, j'aimerais préciser l'importance de cette création artistique qui donne espoir au traitement des enfants autistes en m'appuyant sur un texte de Ciccone et

Lhopital (1991) qui dit que même dans la "position autistique" où l'activité de pensée est absente, "un certain langage peut se développer grâce à des "agrippements psychiques" chez certains enfants autistes. Je cite:

"Les enfants autistes ont une activité de pensée intérieure; certains d'entre-eux, même mutiques, développent un langage intérieur... L'état autistique doit être considéré non pas comme figé dans une position immuable, mais comme oscillant en permanence entre un état de repli narcissique autosensuel et des périodes d'ouverture à des expériences de relation objectale - cela est valable aussi bien pour l'enfant devenu autiste, pour le nourrisson sujet à des retraits autistiques transitoires que pour le nouveau-né traversant cette phase d'autisme normal ou d'"autosensualité". La massivité des manifestations autistiques, leur exclusivité par rapport à des périodes de fonctionnement psychique normal, détermineront l'installation d'un autisme pathologique ou la sortie progressive des retraits autistiques transitoires."

CONCLUSION

Comme on a pu le voir au cours de ce deuxième chapitre, tous les auteurs, avec certaines nuances en viennent à la conclusion qu'il existe chez le bébé tout un monde de sensations précurseur à la formation du "soi" et par le fait-même du développement du symbolisme.

Mélanie Klein, pour sa part rattache la formation du symbole à l'identification projective et voit la possibilité de former et d'utiliser les symboles comme l'évolution d'un mode de fonctionnement paranoïde-schizoïde à un mode de fonctionnement dépressif. Hanna Segal (1979) l'explique en disant que dans la position paranoïde-schizoïde, au moment où l'identification projective se renforce une partie du moi s'identifie à l'objet d'une manière concrète. Il s'agit là selon Klein, de la formation symbolique sous-jacente à la pensée psychotique concrète. Par ailleurs, dans la position dépressive, l'enfant renonce à la toute-puissance sur l'objet, il fait le deuil de l'objet et le symbole remplace et représente alors l'objet sans qu'il y ait une totale identification à celui-ci. Le symbole n'est plus psychotique et peut être utilisé dans la communication. La sublimation et la créativité peuvent ensuite se développer.

Pour Winnicott selon Amado (1979), "l'esprit n'apparaît pas d'abord comme un moi, mais comme un pur sujet -impersonnel - avant de construire une structure, un système. La priorité absolue est au Je pur (ce "je suis" qui précède même "je suis le soi" et encore plus "je suis moi").

Le fonctionnement mental s'élabore en même temps que le schéma corporel. Chez l'autiste, la perception existe mais le nourrisson refuse "activement" de communiquer avec ce qu'il perçoit. Selon Winnicott, ce n'est pas l'enfant qui serait déficient mais l'environnement car à cette phase il n'est pas question de monde intérieur mais d'un non-monde sans extérieur ni intérieur, il n'y a donc pas nécessairement de refus ou de repli. C'est dans l'aire transitionnelle que le bébé est mis en sécurité.

Chez Bion, tout prend la forme de contenant-contenu, d'enveloppe et d'aptitude comme nous l'explique Eiguer (1989). Il y a l'aptitude à la perception, ensuite à la reconnaissance du sein que Bion nomme préconception (pensée vide). Il y a ensuite la représentation du sein avec deux tendances: soit que le sein est rencontré par l'enfant et cela donne une "conception"; soit que le sein s'éloigne et l'enfant souffrant voit apparaître "une pensée".

Ce point de départ prend forme largement par la pensée de la

mère et de son imaginaire. Bion utilise alors le terme de "capacité de rêverie" forme de contenant maternant.

Meltzer développe le concept d'identification adhésive qui mène chez l'enfant autiste à une annulation de l'objet séparé en se collant psychiquement. Ce phénomène entraîne comme le cite Ajuraguerra (1984) à une "dépendance extrême à la surface des objets, à leur apparence avec une sensibilité aux trous et aux déchirures".

Quant au concept de démantèlement vécu comme processus passif il sert à découper l'expérience afin de servir la sensorialité seulement: le voir, le toucher, le sentir, l'entendre.

Haag qui situe sa pensée dans le sillage de Klein et Meltzer insiste sur l'importance de la première vie émotionnelle liée d'une façon très intime à l'organisation de la relation préobjectale et objectale à travers les premiers niveaux d'identification ceux-ci conduisant aux fonctions symboliques et cognitives.

Elle rend compte de "l'importance de la relation relationnelle" pour la formation des premiers symboles qui se construiront tout d'abord en double-feuillet. Elle voit cette rencontre relationnelle comme une zone indifférenciée

construite de phantasmes inconscients représentant les liens effectués par l'enfant.

Malher (1968), pour sa part, identifie le début du sentiment d'identité individuelle et de la séparation de l'objet comme médiatisé par les sensations corporelles. Le schéma corporel en est le noyau.

Pour cet auteur, l'autisme infantile précoce représente une fixation ou une régression à la première phase de la vie extra-utérine précoce qu'elle nomme "la phase autistique normale". L'enfant y serait incapable d'utiliser l'objet d'amour, la mère. Ces enfants ont réussi à construire une barrière négative et hallucinatoire de défense contre les stimuli afin de se protéger du choc du monde extérieur.

Dans la "psychose symbiotique" l'enfant est un peu plus conscient des soins maternels, mais il oscille entre le désir de fusion au "bon objet partiel et la nécessité d'éviter le ré-engloutissement avec l'objet partiel "tout mauvais".

Selon Haag, dans les deux cas, on ne peut parler de vraie relation d'objet. Elle nous dit que "seule la relation d'objet à l'objet humain d'amour qui implique une identification partielle à l'objet et un investissement sur

lui d'énergie libidinale neutralisée favorise le développement émotionnel et la formation de structure".

Malher (1973), dans la continuité de Freud adopte l'opinion que les pulsions auto-érotiques existent dès l'origine. Elle identifie une phase autistique préalable au stade symbiotique et remarque avec Tustin, l'importance des sensations corporelles lors de cette période précoce en disant qu'elles sont "le point de cristallisation de la perception du soi à partir duquel s'élabore notre propre identité".

Tustin, quant à elle, associe la phase autistique du début de la vie à un état "d'autosensualité" relativement indifférencié. Pour elle, les relations d'objet n'entrent pas en jeu dès le début de la vie. Il semble plutôt que l'enfant traverse une période où il réagit au monde extérieur selon son propre corps et ses fonctions internes. Dans cette phase où l'enfant établit son identité à partir de son image corporelle, il y a "recherche" de l'objet mais non "relation" d'objet.

Tustin nous dit encore qu'il existe des activités présymboliques chez l'enfant dès l'âge de trente jours lorsque les sensations buccales se transforment en expériences visuelles. Ces expériences "bouche-sein" sont

aussi importantes pour le développement cognitif qu'affectif.

Pour conclure avec Wilson et Seifert, l'art-thérapie est le moyen privilégié permettant aux enfants autistes de renforcer les fonctions du moi, à mettre en lumière leurs fantaisies et ainsi à développer leur capacité à symboliser.

Wilson insiste sur l'importance de la fabrication de l'objet artistique. Seifert le voit comme un moyen de communication avec les enfants autistes mais aussi comme un outil important de diagnostic.

Selon l'auteur, ces dessins sont empreints de l'absence de sentiments, de rigidité et de compulsion à contrôler l'environnement. Contrairement aux dessins des enfants schizophrènes, on n'y retrouve pas la représentation de la figure humaine et l'expression des fantasmes.

Seifert insiste sur l'intervention thérapeutique faite d'expériences tactiles qui peut donner à l'enfant autiste l'opportunité de manipuler "un monde réel" et d'y apporter ses propres changements.

Ceci m'amène à vous présenter Albert, petit garçon souffrant d'autisme et qui fait l'objet du chapitre 3.

CHAPITRE 3

ETUDE CAS: HISTOIRE D'ALBERT.

INTRODUCTION

Dans ce troisième chapitre, je tente de suivre le cheminement d'Albert, un enfant autiste de six ans, à travers sa production artistique exécutée dans le cadre d'un traitement en art-thérapie. À partir de là, j'essaie de comprendre sa dynamique psychique par l'entremise de ses thèmes favoris représentés dans ses dessins et aussi par l'observation de son comportement et de ses attitudes pendant les rencontres.

Pour vous esquisser un portrait du cheminement d'Albert, j'ai dû faire une sélection de travaux plus représentatifs de l'histoire de ce cas, correspondant en tout, à dix-huit dessins respectant l'ordre chronologique de leur production.

À travers ce choix de dessins et à la lumière de la théorie plus spécifique de l'auteur Frances Tustin, j'essaie dans ce chapitre, de saisir comment Albert tente de se construire un "soi" ou une identité mieux définie.

HISTOIRE ANTERIEURE

Lorsque j'ai rencontré Albert, il était âgé de six ans et fréquentait l'école de jour d'un hôpital psychiatrique d'une grande région urbaine.

Albert est l'aîné d'une famille de deux enfants. Sa petite soeur est de cinq ans sa cadette. Selon le dossier, la grossesse de la mère se serait déroulée sans problème et on rapporte que l'accouchement aurait été ralenti au moment de la délivrance. L'enfant présentait un nystagmus à la naissance qui consiste en un mouvement rapide et automatique des yeux. On note également une déception chez la mère qui préférait alors, mettre au monde une fille.

Le développement se serait fait sans particularité avec l'apparition des premiers mots à sept mois, la marche à douze mois et un entraînement à la propreté complété à trois ans. Les parents rapportent une perte d'entrain ainsi que des changements dans son comportement vers l'âge dix-neuf mois. Albert porte des verres depuis l'âge de deux ans et demie, suite à quoi il aurait présenté une perte du langage. Il a été opéré pour une péritonite à l'âge de quatre ans où il a été alors hospitalisé pendant trois semaines.

Toujours selon le dossier, l'enfant a été gardé jusqu'à

l'âge de trois ans et demie parce que les deux parents travaillaient à l'extérieur. À ce moment, le père s'est occupé d'Albert pendant le jour et travaillait la nuit. Albert présentait aussi des difficultés à l'endormissement et à l'occasion, le père dû user d'autorité pour qu'il reste dans son lit.

PRESENTATION D'ALBERT

Physiquement, Albert est un joli petit garçon de six ans. bien proportionné. Il porte des verres très épais qui lui donne un air sérieux de chercheur. Il ne fait pas beaucoup de contact avec les yeux et sourit rarement. Ses mouvements manquent de souplesse et son rythme est lent. Il tend toujours la main quand je lui demande, au moment où je vais le chercher et le reconduire pour les séances d'art-thérapie.

Son langage est peu développé et saccadé. Il répond à des questions simples quand je les lui répète souvent comme par exemple: Qu'est-ce que tu as mangé pour déjeuner? Il répond: "gruau, céréales, lait". Quelquefois il identifie les choses qu'il dessine par un mot isolé. Il ne fait pas de phrases et son langage est souvent écholalique. Albert présente un caractère obsessionnel dans le fait de répéter inlassablement les mêmes schémas graphiques.

J'ai vu Albert en art-thérapie à raison de deux fois/semaine du 18 octobre 90 au 11 avril 91. Cela comprend trente-cinq rencontres individuelles. Dans son plan de soins, Albert était également suivi en musicothérapie, en ergothérapie et en psychiatrie tout en fréquentant l'école de jour où il devait faire des apprentissages scolaires et sociaux avec d'autres enfants souffrant d'autisme.

Dans cette présentation de cas, je ne présente pas chacune des séances mais, comme je l'ai dit plus tôt, j'ai fait une sélection de dessins afin d'apporter une vue d'ensemble globale et significative.

Dans ses images, les thèmes qu'il traite environ jusqu'à Noël sont les suivants: yeux, bouche, tripes, ballon, costume de bain, piscine. Dans la deuxième partie de la thérapie, c'est-à-dire après la période de Noël, la bouche et les yeux sont encore présents mais on voit apparaître l'image du chat-père et du poisson-mère identifiés par lui comme tels. La couleur bleue est aussi associée à la mère tandis que les couleurs jaune et rouge le sont au père.

Dans cette étude, j'utilise donc, les associations apparues plus tard au cours de la thérapie afin de comprendre les images du début de nos rencontres.

Pendant les séances d'art-thérapie, Albert travaille d'une façon très concentrée et fait quelquefois des battements de mains pour exprimer son contentement. Il parle à voix basse quand il nomme les choses qu'il dessine mais semble contrarié quand je lui demande de répéter et prononce alors les mots sur un ton plus élevé.

Il s'arrête parfois pour me tapoter le nez en prononçant: "nez, nez, nez". Il peut continuer ce geste longtemps si je ne l'arrête pas. Lorsqu'il fait des contacts avec les yeux, son regard semble me traverser au lieu de me voir. Il montre peu de signes d'attachement mais il investit beaucoup dans son dessin. Il a quelquefois de la difficulté à quitter son travail et proteste alors en disant "non".

Son travail est minutieux et appliqué. Il emploie généralement les crayons-feutres qu'il sent parfois avant de dessiner. L'utilisation de ces crayons semblent lui donner la possibilité de contrôler ses gestes et ses mouvements sur le papier. On peut aussi observer que dans l'ensemble, les formes qu'il dessine ne se touchent jamais entre elles.

ELEMENTS DE CONTRE-TRANSFERT

Pendant la période où j'ai rencontré Albert en thérapie, je voyais également trois autres enfants atteints d'autisme à la même fréquence soit une fois/semaine pendant environ vingt semaines.

Malgré mon enthousiasme certain et mon désir de soigner sinon de guérir, je me suis vite aperçue que tous ces enfants diagnostiqués du même syndrome d'autisme étaient, à ma grande surprise, tous très difficiles à rejoindre, quoique très différents.

Parmi ces enfants, deux utilisaient spontanément le matériel artistique que j'avais mis à leur portée ce qui m'aida à relever le défi et éveilla mon intérêt. Je pouvais alors assister au développement d'une imagerie à défaut d'une relation très gratifiante surtout dans les premiers mois du traitement.

L'auteur Frances Tustin me fut à ce moment, très secourable et me servit de littérature de base à la compréhension de mes jeunes patients psychotiques. Je pouvais alors identifier les deux types d'autisme discernés par Tustin et que je retrouvais chez ces enfants soit, les états

autistiques à carapace et les états autistiques confusionnels. J'ai identifié alors Albert comme représentant de l'autisme confusionnel pour la raison première que celui-ci dessinait dès le début de la thérapie. Cependant cette classification ne s'avère pas si simple et je parlerai un plus loin de cette difficulté et du besoin que j'ai eu de reviser cette évaluation de l'autisme d'Albert afin de mieux comprendre son état.

En fait, malgré certains traits obsessionnels et son air flottant, Albert me donnait des indices d'un garçon qui s'accrochait à la vie et, par le fait même, me faisait entrevoir la possibilité d'établir une communication. Il faut préciser qu'Albert répondait également à mes questions d'une manière syllabique ce qui encourageait mon travail avec lui.

Cette expérience avec ces quatres enfants fut un véritable laboratoire d'observation et d'expérimentation pour moi, même si souvent leur états m'ammenaient à me sentir très souvent inutile et inefficace.

Je pense maintenant que ces enfants sont très habiles à chercher chez-nous ce que Tustin appelle nos "capsules autistiques" et qui font référence, selon l'auteur, à des "secteurs hermétiquement fermés de la personnalité". Ces

secteurs représentent des formes de protection contre des états de désorganisation et que l'auteur a remarqué dans la psychanalyse des névrosés.

Ces enfants autistes rejoignent en nous ces parties secrètes et nous les renvoient en miroir. Il est parfois désespérant, en effet, de se trouver face à des enfants impénétrables et qui semblent autosuffisants.

Une autre difficulté à laquelle je me suis confrontée était le désir que j'avais de répondre avec empressement à la demande de l'enfant d'exécuter un geste à sa place. C'était un moyen de me sentir utile et valorisée évidemment. Cependant, j'ai compris avec l'aide de mes lectures et de ma supervision, que je devenais complice du sentiment de toute-puissance de ces enfants.

En effet, alors que le but de la thérapie est d'établir une différenciation du corps de ces enfants avec le corps de l'autre, des limites du dedans et du dehors, il est très important de rester réceptive mais ferme afin de consolider l'image du soi au lieu d'en être le prolongement comme c'est la volonté des enfants autistes.

DIFFICULTE DE CLASSIFIER L'AUTISME D'ALBERT

Avant de m'attarder à la classification de l'autisme d'Albert, j'ai cru bon de comprendre, avec Tustin (1986), certaines différences entre l'autisme et la schizophrénie de l'enfant.

L'enfant schizophrène aurait connu un développement psychologique fragile d'où il régresse quand il doit affronter des difficultés trop dures. Il aurait également une conscience confuse de la séparation entre lui et sa mère. Il serait, par ailleurs, très conscient des intérieurs et des extérieurs.

L'enfant autiste, pour sa part, apparaît coupé de sa mère et manifesterait un arrêt total du développement affectif et cognitif très rapidement. Il serait dominé par les sensations et vivrait dans un monde de contours et de formes. Il aurait également très peu conscience de l'intérieur et de l'extérieur et se protégerait par cela de la terreur de tout ce qui est "non-moi". Il éviterait ainsi, par exemple, de prendre conscience, comme nous l'explique Tustin, que le bout du sein ne fait pas partie de la bouche.

Après avoir précisé cette différence qui ne semble éclairante, j'ai constaté qu'il est très difficile de classer les psychoses de l'enfant surtout si on se réfère à l'ensemble des auteurs que j'ai consultés tant ceux d'orientation organiste que psychodynamique. Chacun a sa façon d'établir des classifications selon ses théories respectives. Tustin (1986) nous rassure en nous disant que finalement, on peut y voir les mêmes résultats. Je cite:

"Dans les psychoses d'origine organique, la déficience organique aura empêché l'enfant de s'adapter convenablement au nourrissement, si bien qu'il développera des compensations pathologiques de type autistique. Celles-ci s'ajoutant au déficit neurologique empêchent l'enfant d'entrer en contact avec la réalité. Ainsi, des facteurs organiques peuvent donner les mêmes résultats que des facteurs psychologiques."

Les quatre enfants que j'ai pu observer en art-thérapie avaient le même diagnostic d'autisme. J'ai cependant remarqué qu'ils différaient beaucoup dans leurs pathologies respectives.

Dans le cas d'Albert que je présente ici, il n'est aucunement mentionné au dossier de lésion organique ou neurologique ce qui m'a amené à conclure à un désordre psychologique. J'ai trouvé intéressant alors, d'essayer de cerner l'autisme d'Albert dans le cadre de la classification

qu'en a fait Frances Tustin (1986) et dont j'ai précisé les catégories dans le chapitre 2. Cet auteur me servira donc de base à la compréhension de l'histoire de l'autisme de celui-ci.

Pour résumer la description que j'avais élaborée plus avant, rappelons que Tustin (1986) a distingué deux types de réactions autistiques pathologiques que l'enfant psychotique utilise pour éviter, ce que l'auteur appelle, la "réalité non-soi". Tustin a identifié la première comme une "carapace" fabriquée par l'enfant qui consiste à une réaction de celui-ci où le monde extérieur qui n'est pas lui "non-soi" se trouve exclu et elle nomme la deuxième forme de réaction, "confusion", où l'enfant ne rejette pas complètement le monde extérieur mais le voit "brouillé".

Chez l'enfant à "carapace", elle distingue deux formes, soit la forme globale (enfants crustacés) et une autre forme qui n'enveloppe que certaines zones (enfants ayant une carapace à segments).

L'autisme "confusionnel", quant à lui, se distingue par des manoeuvres d'absorption et d'enchevêtrement. Tustin identifie le type "à segments" et le type "fragmenté".

J'ai fait cet exercice d'essayer de classifier l'autisme

d'Albert selon le tableau de Tustin pour m'apercevoir que cet enfant se situait par certains traits dans l'état "crustacé à segments" et par certains autres, dans l'état "confusionnel à segments". Lorsque j'ai reçu Albert en thérapie, je peux dire qu'il se trouvait à mi-chemin entre ces deux types d'autisme. Tustin (1986), nous explique à ce sujet :

"Quand, par exemple, nous soutenons que la formation d'une carapace et la confusion constituent deux modes élémentaires de réaction de protection, nous ne voulons pas dire que chacun de ces modes de protection se présente à l'état pur, à l'exclusion de l'autre. C'est sur le mode de protection prédominant que se fonde notre classification."

À la suite de ces considérations, je crois que la majorité des traits d'Albert correspondent au tableau de l'enfant à carapace se dirigeant, à cause de certains traits, vers un état confusionnel. Par exemple, au niveau du langage, l'enfant à carapace parle très rarement, il est écholalique et sujet à l'inversion pronominale ce qui est le cas d'Albert. Il dessine par contre, depuis le début de la thérapie, ce qui est propre à l'enfant confusionnel. Mais, comme nous fait remarquer Tustin, cela ne veut pas dire que les dessins sont des moyens de communiquer avec le thérapeute. J'y reviendrai plus loin dans le texte.

Au niveau de la perception des dimensions, je dirais qu'Albert se glissait, à mesure que la thérapie progressait, vers une perception tridimensionnelle et, par le fait même, vers l'élaboration d'une conscience du "dedans" et du "dehors" particulière à l'enfant confusionnel.

LES SEANCES

Dessin no. 1 (1ère séance)

Albert présente une certaine résistance à me suivre lorsque vais le chercher à sa classe. Cependant, lorsqu'il arrive dans le bureau, il se met tout de suite à la tâche mais ne me regarde pas. Devant lui sont disposé différents matériaux dont la gouache, les pinceaux, les crayons-couleurs de bois, la pâte à modeler, les crayons-feutres, le papier, etc... Les crayons-feutres sont les outils préférés d'Albert. La table de travail est placée devant un miroir et peut favoriser quelquefois les échanges indirects et donner à l'enfant une possibilité de contact avec lui-même.

Albert dessine alors une ligne de contour brune décrivant étrangement une petite forme de coeur qu'il colore ensuite.

Il encercle cette forme d'une plus grande, dessinée par un trait violet. Cette nouvelle forme me donne des indices d'un état de protection et me fait penser à un bébé dans un utérus. Il essaie ensuite le crayon vert et le crayon orangé, tourne la feuille de côté et dessine d'autres "yeux ronds". Il retourne la feuille et fait des mouvements de bouche.

Cependant, ces dessins ne sont pas réellement des formes symboliques pour l'enfant mais pour moi, ce sont des représentants du monde dans lequel il vit. Ils m'aident à comprendre cet état, à la fois de repli et d'incorporation des objets, à la fois des parties de son corps et du corps de l'autre vécu comme faisant partie de lui-même. Albert vit dans un monde de sensations.

Sur la même feuille, il dessine ensuite des cercles représentant les yeux et qui deviendront ensuite des schémas importants pour lui. En me donnant le crayon, il me dit: "Fais des yeux, fais le nez rouge". Je lui demande d'essayer. Il dessine alors la bouche verte et dit: "piscine pour se baigner dans l'eau". La piscine est également au coeur de ses préoccupations jusqu'au début de janvier à peu près. Il fait également le geste de manger avec sa bouche et ses mains en regardant le dessin de très près. Il dit aussi: "Je veux cheveux, je veux sourcils

noirs". Je lui demande toujours d'essayer lui-même. Finalement, je lui demande comment s'appelle la configuration dessinée. Il répond: "Albert". Il faut remarquer qu'Albert a aussi les yeux bleus comme dans ce dessin.

Je me suis un peu attardée à la première séance car celle-ci nous donne un aperçu important du type d'autisme dont souffre Albert et nous trace un portrait de son fonctionnement psychique avec ses manoeuvres d'enchevêtrement comme nous l'explique Tustin (1986):

"L'enfant confusionnel a souvent des jeux qui englobent les personnes de son entourage. Cependant, une personne attentive sentira que la participation demandée par l'enfant est malsaine et constitue une manoeuvre d'absorption et d'enchevêtrement. Ce serait une erreur de voir une analogie entre ces "jeux" et ceux des enfants normaux ou névrosés, comme de penser qu'ils traduisent une vie imaginaire riche: ces enfants n'assument pas suffisamment la séparation corporelle pour que ce soit le cas... Leur imaginaire est grossier, sans grand contenu psychologique et étroitement lié à leurs sensations corporelles dont ils se dissocient à peine."

Dessin no. 2 (2e séance)

En rentrant dans le bureau, Albert essaie les couleurs des

crayons-feutres sur la feuille de papier. Il tourne la page et me donne le crayon bleu pour que je participe au dessin. Je dessine les yeux et il fait lui-même le nez rouge et la bouche verte. Il dessine ensuite le petit cercle vert dans lequel il inclut "viande" de couleur verte et "patates" de couleur bleue. Il fait alors semblant de manger. Il dessine ensuite la "piscine" qui correspond aux lignes orangées et la petite ligne brisée bleue au-dessus. Il enchaîne avec une petite maison orangée au centre en bas, une minuscule auto verte tout près et une petite figure jaune au bas à droite qu'il nomme "sourire". Il entoure alors l'ensemble d'une ligne sinueuse bleue qu'il nomme "gazon" à l'exception de la maison, de l'auto et du sourire. Je dis "arbre" et il dessine l'arbre bleu à l'intérieur de cette ligne "gazon".

Dans ce dessin, on peut également observer qu'Albert semble vivre dans un monde intra-utérin d'une façon auto-suffisante avec sa nourriture "patate", viande", et son eau "piscine". On peut remarquer que la maison, l'auto et le sourire font partie d'un monde extérieur moins préoccupant pour lui et qui peuvent correspondrent à sa perception du père.

Dès le début, on peut remarquer qu'Albert fusionne avec les objets de son environnement surtout maternels. Ces objets-sensations associés au nourrissage et à la mère font partie

de lui. Albert a développé tout un environnement auto-sensuel dans lequel il semble se complaire mais qui représente en fait une réaction de protection au choc d'une séparation prématurée. Tustin (1986) nous l'explique ainsi:

"Le développement de ces enfants s'est arrêté très tôt. Afin de rétablir la situation primaire d'unicité débordante qui a été douloureusement perturbée par une impression de rupture sensuelle d'avec la mère, pourvoyeuse de sensations et vécue comme faisant partie de son corps, l'enfant développe des réactions autosensuelles qui produisent un délire de fusion avec la sensation-objet.

Dessin no. 3 (4e séance)

À la 4e séance, j'esquisse les traits du visage de gauche sous la demande d'Albert et celui-ci dessine le visage de droite. La grande bouche verte prend beaucoup d'espace dans ce dessin. Après avoir dessiné, il fait semblant de manger avec ses mains, le nez collé sur sa feuille. On peut observer que ce dessin de la bouche devient sa propre bouche et lui procure tout un monde de sensations dans lequel il se complaît. Je perçois plus ce schéma graphique comme un grand trou béant qu'une bouche. L'assiette de "patate et viande" qui était aussi située sous la tête dans le dessin no. 2, tient lieu de corps également dans ce dessin mais n'a

pas de contenant véritable. Albert dessine ensuite un carré bleu avec une ligne pointillée qu'il associe à "piscine " et "tuyaux", thèmes privilégiés qu'on observera tout au long de la thérapie. À droite, on peut voir une forme rose qu'il appelle "comptoir".

On peut penser que psychiquement, Albert n'a pas de véritable contenant ou de corps. Il projette dans l'espace des parties de son corps. Les "tuyaux" peuvent être des intestins ou des représentants de toute cette tuyauterie intérieure un peu bruyante et mystérieuse. Il utiliserait alors, ce que Mélanie Klein a appelé "l'identification projective". Je pense aussi qu'on peut qualifier ces éléments "d'objets autistiques" selon la conception de Tustin (1977). Selon elle, ces objets seraient des parties du corps de l'enfant ou des parties du monde extérieur, vécues par l'enfant comme appartenant à son corps.

On peut remarquer aussi qu'Albert observe les objets qui l'entoure avec une acuité étonnante qui semblent l'imprégner psychiquement. Tustin (1986), dit de ces enfants observateurs:

Leurs dessins, qui sont étonnamment détaillés, montrent des efforts phénoménaux qu'ils doivent faire pour affronter le torrent d'impressions sensorielles qui les submerge."

La ligne bleue sinueuse peut refléter ces vagues de sensations difficiles à maîtriser et à contenir.

Dessin no. 4 et 5 (6e et 13e séance)

À partir de la 6e séance, apparaissent les "tripes", formes rouges à gauche, les "ballons" avec "cordes", cercles au centre, le "casque de bain", cercle vert et le "costume de bain, carré vert. Le "chat" rouge fait aussi partie de la famille dans cette séance. Jusqu'à la 14e séance, ces formes sont dispersées dans la feuille sans contenant véritable. Elles ne se touchent jamais entre elles comme si cela semblait dangereux. Chacune de ces formes est soigneusement juxtaposée à l'autre. Ce sont également ses "objets autistiques", selon l'expression de Tustin. Ce ne sont pas encore des objets transitionnels comme étudiés par Winnicott. Tustin (1977) nous précise cette différence:

"En gros, l'objet autistique est un objet perçu comme totalement "moi", alors que l'objet transitionnel est un mélange de "moi" et de "non-moi".

Cet objet autistique a donc pour fonction, selon l'auteur, d'éviter toute prise de conscience du "non-moi" lequel constitue une menace insoutenable pour l'enfant comme expliqué un peu plus avant.

De la 6e à la 14e séance dont les dessins no. 4 et 5 nous illustrent des exemples, Albert privilégie les ballons qui prennent toute la place au centre de la composition. Ils peuvent représenter des ballons-seins et constituer alors des objets autistiques non séparés de lui mais faisant corps-à-corps avec lui. Tustin (1977) relate le cas d'un enfant autistique qui utilisait principalement en thérapie, l'auto, le coquillage et faisait des dessins de ballons. Je cite:

"Le coquillage, la voiture, le ballon-mamelon sont des objets autistiques; ils représentent des tentatives pour refermer le cercle, pour compléter la gestalt maternelle, si importante."

À la 13e séance, avant Noël, Albert entoure pour la première fois, tous ses schémas: yeux, bouche, ballons, tripes, etc... On peut penser alors, que cette explosion corporelle est contenue et rendue maintenant supportable. On peut y voir encore par la suite, un certain mouvement de va-et-vient entre les objets contenus et dispersés mais ces formes sont ramassées d'une façon plus évidente après Noël. Albert fait un pas vers une plus grande intégration.

Dessin no. 6 (16e séance)

Dans le dessin no. 6, après Noël, il est intéressant de voir apparaître ce petit embryon humain ou animal consistant en une ligne de contour créant la forme et qui est par la suite, remplie au crayon de couleur brune. Albert, pour sa part, l'identifie comme un "soulier" quand je lui demande. En effet, c'est assez ressemblant de la forme de l'objet avec ses lacets.

Dessin no. 7 (17e séance)

Le dessin no. 7 me donne cependant des indications que cette forme "soulier" ou embryon annonçait le petit têtard-poisson bleu et rouge avec une "queue" comme il dit. Plus tard, on pourra voir que ces poissons qui sont en fait, un poisson bleu et un chat rouge, sont associés au père et à la mère. Il dit "ventre" en insistant avec son crayon-feutre sur l'intérieur du petit poisson. On associe cette image, à l'assiette viande-patates du dessin no. 4 situé juste sous la tête et qui avait à peu près cette forme. Il fait des traits libres verts et oranges, les yeux à droite, le nez, la bouche. Il emprunte aussi mon stylo bleu pour diviser l'espace. Dans cette séance, il me regarde beaucoup et sourit ce qui, à ma grande joie, me fait penser qu'une

communication se développe entre nous.

Dessin no. 8 et 9 (19e séance)

À la 19e séance, il essaie de dessiner quelque chose de plus concret, soit un camion. Ce peut être aussi un objet autistique fermé sur lui-même mais il y a ce problème de porte avec lequel il se débat qui m'intrigue. En réalité, cela semble la fenêtre du camion. Albert l'appelle la "porte". Il dit "porte" "efface". Elle n'est pas à son goût. Il essaie de la corriger mais c'est du crayon-feutre et ça ne s'efface pas. Il pleurniche et à un moment, il sourit comme si ce n'était plus si important. Il dessine alors une version différente et plus ouverte du "camion". Albert vit des frustrations et cherche des solutions.

Le dessin no. 9 fait dans la même séance représente un retour de la piscine mais sous une forme plus contenue. Elle est de couleur brune et les tuyaux sont maintenant attachés à la piscine. Il est intéressant de voir aussi une ouverture dans le coin droit ressemblant à une porte. Il identifie cet espace à une "galerie".

Dessin no. 10 (20e séance)

Dans ce dessin, on voit apparaître sous une forme plus claire, le poisson et le chat qu'il nomme comme tels: "poisson et "chat". On peut remarquer que ces nouveaux objets sont doux et mous. Tout est très contenu et plus identifiable. Ces formes ressemblent plus à deux sortes d'amibes ou de protozoaires qui constitueraient, selon moi, une nouvelle enveloppe protectrice. Tustin (1986), en faisant une comparaison imagée de ce type d'enfant confusionnel nous dit:

L'enfant, comme un ver aquatique, fabrique son enveloppe avec des objets hétérogènes qu'il trouve au fond de la mare. Avant que cette enveloppe faite de bric et de brac, ne soit constituée, ces enfants ressemblent à des amibes ou à des anémones de mer".

Dans ces dessins de poisson et de chat, les morceaux de lui-même qu'on a vu dans les premiers travaux sont ici rassemblés sous une forme encore primitive mais plus évidente. On peut voir chez Albert, cette tentative de se constituer un début de "self".

Dessin no. 11 et 12 (22e séance)

Dans cette séance, Albert s'exerce à dessiner les yeux fermés et quelquefois tourne sa tête de côté pour être bien sûr de ne pas voir ce qu'il dessine. Il fait plusieurs dessins semblables en bleu en changeant légèrement de forme à chaque fois. Je pense qu'il essayait de faire le dessin de son poisson les yeux fermés puisqu'il utilisait le bleu comme on peut le voir dans le dessin no. 12. Dans celui-ci, il répète son dessin de poisson et de chat.

Dans le poisson, il dit "yeux" et "de yo" (de l'eau) pour les lignes à l'intérieur. Il identifie les lignes sous l'oeil comme étant la "bouche" et les "cheveux" pour les lignes courtes au dessus de l'oeil. Le chat rouge a les cheveux à l'extérieur. Il associe les marques à l'intérieur au "ventre" et la forme en demi-cercle à "l'oreille". En touchant du doigt le poisson bleu il dit: "Isabelle" (sa soeur) et en touchant le chat rouge, il dit: "Albert".

On remarque que ses projections sont plus cernées et ont un caractère pré-symbolique. Ce sont les symboles personnels d'Albert. Si on pense que le symbole représente une tentative de se représenter quelqu'un en son absence, on peut remarquer dans cette séance, une tentative d'Albert d'imaginer des personnages "poisson" et "chat" en leur

absence par cet exercice de dessiner les yeux fermés.

Dessin no. 13 (24e séance)

Dans cette séance, Albert fait huit dessins qui sont des essais de formes géométriques. Il essayait avec peine de dessiner une forme de triangle et ne semblait jamais satisfait. Il travaillait sans me regarder et quand j'ai voulu intervenir il m'a répondu "va-t-en". Sa frustration et sa colère étaient plus exprimées.

Habituellement Albert se sent plus confortable avec les formes circulaires. On peut penser que le triangle le portait à la confrontation avec lui-même et lui occasionnait des sensations désagréables. Tustin (1986) nous dit à propos des formes géométriques chez les autistes qu'elles se différencient en "gentil" et en "méchant". Je cite:

"Les formes nées d'une ligne continue, courbe, fermée -comme le cercle-, sont "gentilles", tandis que les formes anguleuses, pointues -comme le triangle- sont "méchantes".

Ceci semblerait faire référence aussi à des sensations rondes et gentilles ou pointues et méchantes que le nouveau-né ressentirait comme telles et qui feraient partie des

formes innées chez tout individu. On peut alors déduire qu'Albert exprime ses frustrations par ces triangles.

Dessin no. 14 (26e séance)

Dans ce travail, Albert mêle la tri-dimensionnalité et la bi-dimensionnalité. Il utilise la pâte à modeler par petites galettes en les superposant aux autres. Il rentre aussi ses ongles dans la plasticine et la sent comme il fait avec ses crayons-feutres. À l'aide du crayon bleu, il trace une ligne sinueuse autour de la construction de pâte à modeler et ensuite une ligne rose. Il identifie la forme verte à droite à "yabe" où je comprends "arbre". Toute cette configuration ressemble maintenant à une île.

Albert nous donne des indices, du sentiment et de l'espace psychique dans lequel il se trouve, c'est-à-dire, retiré mais avec un contenu intérieur plus palpable et plus réel.

Dessin no. 15 (28e séance)

Je voudrais dire juste un mot sur ce dessin d'animal-poisson à deux têtes de nature plutôt symbiotique. On peut y voir là, je crois, une tentative de sortir d'un retrait

autistique propre au nouveau-né tout en y incluant la mère dans une position symbiotique. Albert est probablement capable à cette étape-ci de la thérapie d'utiliser la thérapeute comme protection contre l'angoisse et l'excès de stimuli comme nous l'explique Mahler (1973).

Pour parler un langage métapsychologique, cela semble vouloir dire qu'à partir du deuxième mois on assiste au début de la rupture de la barrière quasi hermétique contre les stimuli (négative parce que non investie) - de cette coquille autistique qui maintenait au-dehors les stimuli externes.

Mahler précise qu'à cette étape, l'enfant se construit un pare-excitations contre les stimuli qui joue un rôle récepteur et sélectif, cette fois-ci, positivement investi et qui en vient à créer une enveloppe symbiotique de l'unité duelle mère-enfant.

Dessin no. 16 (30e séance)

Dans ce dessin, les formes bleue et rouge réapparaissent mais ce n'est pas sous la même forme de chat et de poisson que l'on connaît. En effet, ce sont ici des formes géométriques qui ressemblent à des personnages très rigides. Dans la forme bleue on peut reconnaître des ébauches de lettres. Je lui demande ce qui est écrit, il répond

"Albert".

Albert associe la partie inférieure de la forme rouge à "queue" et les objets intérieurs à "ventre". Les personnages d'Albert se transforment et deviennent plus géométriques. On peut penser qu'il est plus capable d'accepter les sensations "pointues" ou les frustrations. On remarque aussi que celui-ci tente de varier les formes ou les schémas connus. Il les répète mais ses dessins sont maintenant plus lyriques, plus libres comme le dessin de la prochaine séance.

Dessin no. 17 et 18 (35e séance)

Dans cette séance, les choses se modifient un peu. Albert veut peindre et dit en pointant la table: "Je veux peindre ici". Il place le verre d'eau au milieu de sa feuille et y fait différentes taches de couleur. À ce moment, il touche ses oreilles et les ferme avec ses doigts quelques secondes. Il commence par peindre des taches d'une façon juxtaposée, chacune étant bien séparée de l'autre. Tout à coup, il se met à rejoindre les formes de couleur et les superpose. Il déborde aussi au bas de la feuille en traçant une ligne parallèle directement sur la table. Il peint également sur la table, à sa droite, en vert.

C'est la première fois que je vois Albert sortir de son contrôle absolu et habituel. Il se peut qu'il y ait des ouvertures dans sa barrière autistique comme par exemple, de nouvelles perceptions au niveau de l'espace visuel et auditif.

Il continue très spontanément avec les crayons-feutres sur une autre feuille (dessin no. 18) et soupire comme s'il venait de relâcher une grande résistance. Le deuxième dessin de cette même rencontre représente encore la forme bleue et rouge mais cette fois, il y a une scène plus identifiable: deux chaises, une table et de la nourriture. Il dit: "du yè" (du lait), carottes, pois, verre.

Dans ce dessin, Albert a mis la table pour deux. Cette scène peut être une représentation de notre table de travail dans la salle de thérapie ou un souvenir de la maison mais, ça me semble un pas évident vers une plus grande conscience de l'autre. Quand je lui demande: "Où est Albert?" Il répond en dessinant le gribouillis au centre de la feuille d'un geste très rapide, comme une signature. Les personnages ne font pas encore partie clairement de son univers de représentation. À la fin de la séance, Albert ne veut pas quitter son travail, il répond qu'il n'a pas fini. En fait, il s'est passé quelque chose d'intense dans la relation, il y a eu une forme de rencontre. Je suis moi-

même très touchée et j'ai également de la difficulté à le laisser partir.

Dernière séance

Je n'ai pas de dessin pour la dernière séance parce qu'elle a consisté en un jeu où Albert se laissait beaucoup aller en sachant que c'était la dernière fois qu'on se rencontrait. Il s'est amusé à tourner le pinceau dans la peinture et le verre d'eau. Il trempe le crayon-mine dans l'eau, il dessine et me peint la main. Il me taquine beaucoup avec ce jeu et rit très fort. On a du plaisir ensemble.

CONCLUSION

Dans cette étude de cas, on a pu suivre l'histoire d'un enfant autiste, Albert, par le biais d'un cheminement en art-thérapie.

On peut observer un changement important s'effectuer tout au long des semaines et des mois qui ont sillonné nos rencontres. Albert a perdu de sa rigidité habituelle. Il est devenu un peu plus souple, plus spontané et plus communicatif comme on peut voir à la dernière séance.

L'expression plus marquée de ses émotions autant en dessin qu'en gestes, parle d'un effort d'identification de sa soeur, de son père, de sa mère, de sa thérapeute et donc, d'un pas vers une conscience plus élargie de la séparation corporelle et psychique. On assiste, en fait à "l'éclosion d'un self" plus différencié selon l'expression de Mahler (1973).

Evidemment, il est difficile de voir l'apport exact de l'art-thérapie devant ce progrès. Le travail a été soutenu pendant toute cette année, par une équipe composée de plusieurs intervenants et psychothérapeutes impliqués dans ce cas et dans le cas de plusieurs autres enfants

fréquentant l'école de jour de cet hôpital. En effet, les apprentissages cognitifs ont été travaillés de même que la modification du comportement tentant de réduire les rituels et les stéréotypes. Ce programme comportait également un éveil et un nourrissage des sens par la musique, le jeu, l'orthophonie et différentes autres approches thérapeutiques. Albert fait maintenant de véritables expériences qui lui permette d'investir un peu plus au niveau affectif et émotionnel.

L'approche en art-thérapie est venue soutenir, enrichir et développer l'imagerie mentale et par le fait même, permettre à Albert l'accès à un monde de plus en plus symbolique. Ce traitement a également permis à l'équipe soignante d'observer d'une manière tangible ce processus de développement subtil mais bien réel, effectué par l'enfant au cours des mois.

En effet, d'un contenu disparate et éclaté au début du traitement avec ses représentations d'éléments du corps humain, ses tuyaux et morceaux de piscine présentés comme faisant partie d'un même monde, Albert s'est lentement dirigé vers une forme plus cohérente et plus reconnaissable comme le poisson et le chat habités d'un intérieur. Albert est maintenant capable d'un jeu et d'une pensée plus symbolique. Son état est subtilement plus différencié.

CHAPITRE 4

CONCLUSION

Dans ce mémoire, j'ai tenté de comprendre l'autisme d'abord dans son aspect historique. On a vu que Kanner en 1943, identifia le syndrome de l'autisme comme tel, même si le terme avait déjà été employé par Bleuer en 1906. En effet, Bleuer voyait l'autisme comme un symptôme dans la schizophrénie de l'adulte en invoquant la prédominance d'un état d'enfermement de la vie psychique du sujet.

Pour Kanner, l'autisme devint un trouble primaire et une maladie qu'on distinguait de la débilité mentale ou de la schizophrénie. Sa position changea pourtant au cours des années et, de trouble relationnel nécessitant une approche psychopathologique, il passa à une approche fonctionnelle en insistant sur les troubles biologiques et génétiques.

Ceci fit en sorte que les praticiens y ont vu, dès le départ, une ouverture dans le traitement par le biais d'une thérapie psychodynamique.

Berguez critiqua cette confusion de classification dans laquelle Kanner plongeait les praticiens. Dans le premier cas, Kanner met l'accent sur les conditions psychogénétiques

en envisageant l'autisme comme trouble relationnel. Dans le deuxième cas, il met l'accent sur le trouble intrapsychique en insistant sur la nature organique et biologique de l'autisme.

Cette confusion a amené les psychiatres à poser tantôt le diagnostic de schizophrénie infantile, tantôt de psychose de l'enfant et tantôt d'autisme. À la suite de cela, des chercheurs se sont intéressés à l'approche génétique et psychogénétique dans l'autisme.

Dans l'approche génétique, l'autisme a été vu par plusieurs comme une constation de maladie irréversible ayant une cause organique. Cependant, Leboyer et Roubertoux nous disent que les recherches tiennent compte de plusieurs disciplines comme la neurobiologie, la clinique, la psychologie et l'épidémiologie. Il y a donc, dans cette approche génétique, des facteurs génétiques et environnementaux. Par ces recherches, on y apprend que la proportion des personnes souffrant d'autisme est de 1 à 4.5 pour 10,000, qu'on y trouve 4 garçons atteints pour 1 fille et que la proportion est 50 fois plus grande chez les familles déjà atteintes de cas d'autisme.

On voit, par ailleurs, que la compréhension de l'autisme comme entité psychopathologique précoce, quelque soit

l'étiquette, fait consensus dans la littérature. La maladie porte le nom "d'autisme infantile précoce", d'autisme de Kanner ou de "psychose autistique".

Ce qui créent des différences de point de vue, ce sont les divisions entre symptômes fondamentaux et symptômes primaires. Les premiers correspondent à des problèmes divers de la personnalité incluant le déficit du langage et les seconds, à l'hypothèse d'une lésion au cerveau.

Les recherches se sont donc développées autour de deux axes soit: le premier, qui place au premier plan le caractère constitutionnel ou inné et, le second, qui s'inspire de données psychodynamiques faisant de l'incapacité à entrer en relation, le symptôme primaire de l'autisme.

On a pu voir dans ce mémoire que l'approche psychogénétique a réunit autour d'elle plusieurs théoriciens et praticiens ayant une orientation psychodynamique. C'est à la suite du travail de Kanner et de la différence qu'il fait entre "autisme infantile" et débilité mentale" que se construisent deux hypothèses principales soit: l'hypothèse psychogénétique centrée sur l'environnement et le rôle des parents dont le chef de file a été Bruno Bettelheim; soit, l'hypothèse centrée sur l'enfant ou l'interaction parent-enfant comme Tustin. Celle-ci s'élève alors contre l'idée

de mettre en cause d'une façon systématique les soins nourriciers mais ouvre une parenthèse sur la demande trop grande d'un bébé auquel aucune mère humaine ne pourrait répondre.

Ces auteurs d'orientation psychodynamique ont retenu alors mon attention afin de comprendre la construction du symbolisme chez l'enfant.

Je me suis d'abord intéressée à Klein qui étudia bien avant Kanner, le processus de symbolisation chez un enfant schizophrène, appelé Dick et qui fut diagnostiqué plus tard par Kanner comme souffrant "d'autisme infantile précoce". Klein identifia alors l'angoisse comme un stimulant essentiel du développement de l'enfant.

Je me suis aussi penchée sur la théorie de Winnicott qui développa l'idée que c'est le nourrisson qui crée l'objet-mère. L'objet transitionnel est déjà un espace psychique contrairement à "l'objet autistique" développé par Tustin, et, qui servirait seulement l'autosensualité du bébé.

Dans le cas d'Albert, on peut considérer son activité artistique comme un "objet autistique" car il fait corps avec celui-ci et ne sert pas encore, du moins au début de la thérapie, d'objet d'échange avec lui-même ou le thérapeute.

On a pu voir que, lorsque la représentation en dessin est devenue plus figurative, plus identifiable, plus contenue, Albert a commencé à développer un "espace transitionnel" dans le dessin et entre nous, dans la salle de thérapie.

La théorie de Bion sur le développement de la pensée a également retenu mon attention. Bion apporte l'hypothèse que la pensée se formerait à partir d'un espace psychique aménagé à partir du retrait du sein de la bouche de l'enfant. Cette souffrance obligerait le nouveau-né à développer une "pensée". Cette pensée serait aussi construite à partir de la "capacité de rêverie de la mère". Je pense qu'en thérapie avec Albert, mes associations par rapport à son dessin, exprimées à voix haute, ont peut-être contribué à la mise en place de cette rêverie créant un contenant pour ses formes autistiques et, par la suite, de ses formes de plus en plus symboliques.

Les auteurs comme Meltzer, Mahler et Haag ont apporté de nouveaux éclairages à ma compréhension du symbolisme et, par le fait même, du développement du "soi" chez Albert.

Wilson et Seifert, art-thérapeutes m'ont renforcée dans ma conviction de l'importance de la fabrication de l'objet artistique comme terrain propice au développement du symbolisme et de la personnalité.

J'ai choisi ensuite, d'une façon libérée, d'appuyer mon étude de cas sur la théorie de l'auteur Tustin qui a rassemblé un travail clinique et théorique important dans la compréhension des états autistiques chez l'enfant.

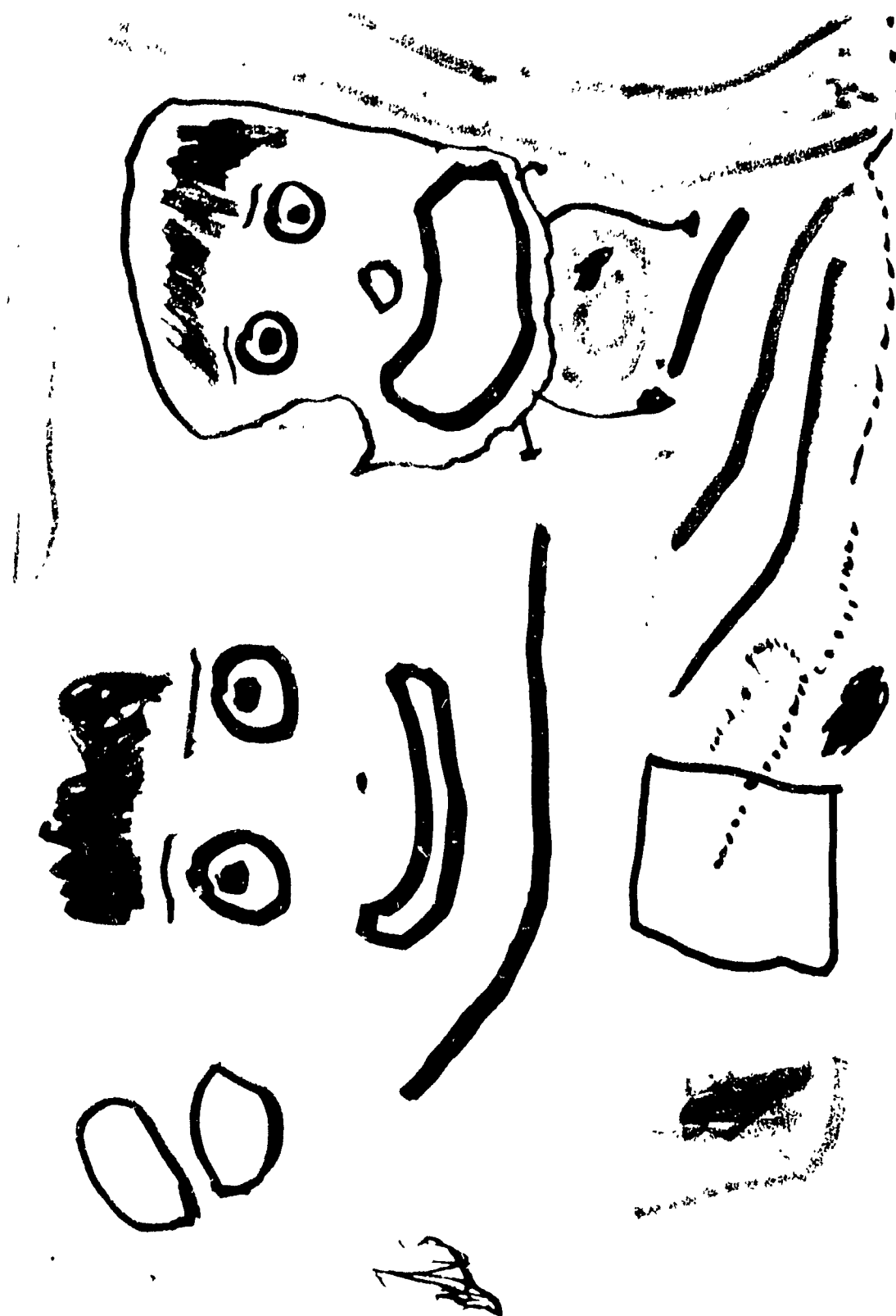
L'étude de cas m'a permis de mieux saisir le fonctionnement psychique chez le "petit d'homme" comme dit Françoise Dolto. Tous les jours, je puise aux sources de cette connaissance qui demande encore beaucoup à être enrichie, mais qui m'éclaire et me fait réfléchir dans ma pratique avec les adultes souffrant de psychose ou de différents troubles de la personnalité. Je me demande toujours: "Qu'est-ce qui s'est produit ou ne s'est pas produit chez cette personne?"



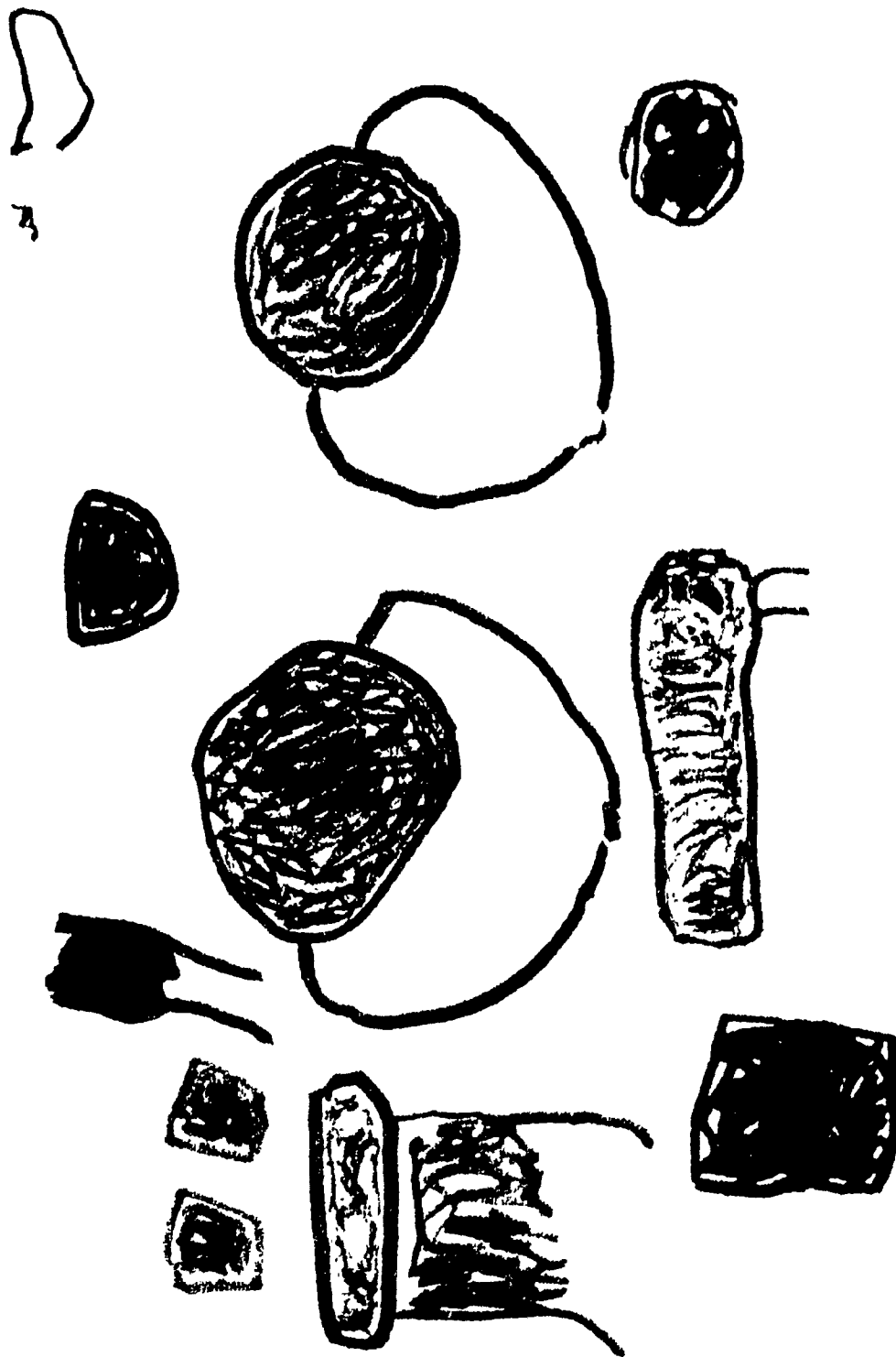
Dessin no. 1



107



Dessin no. 3

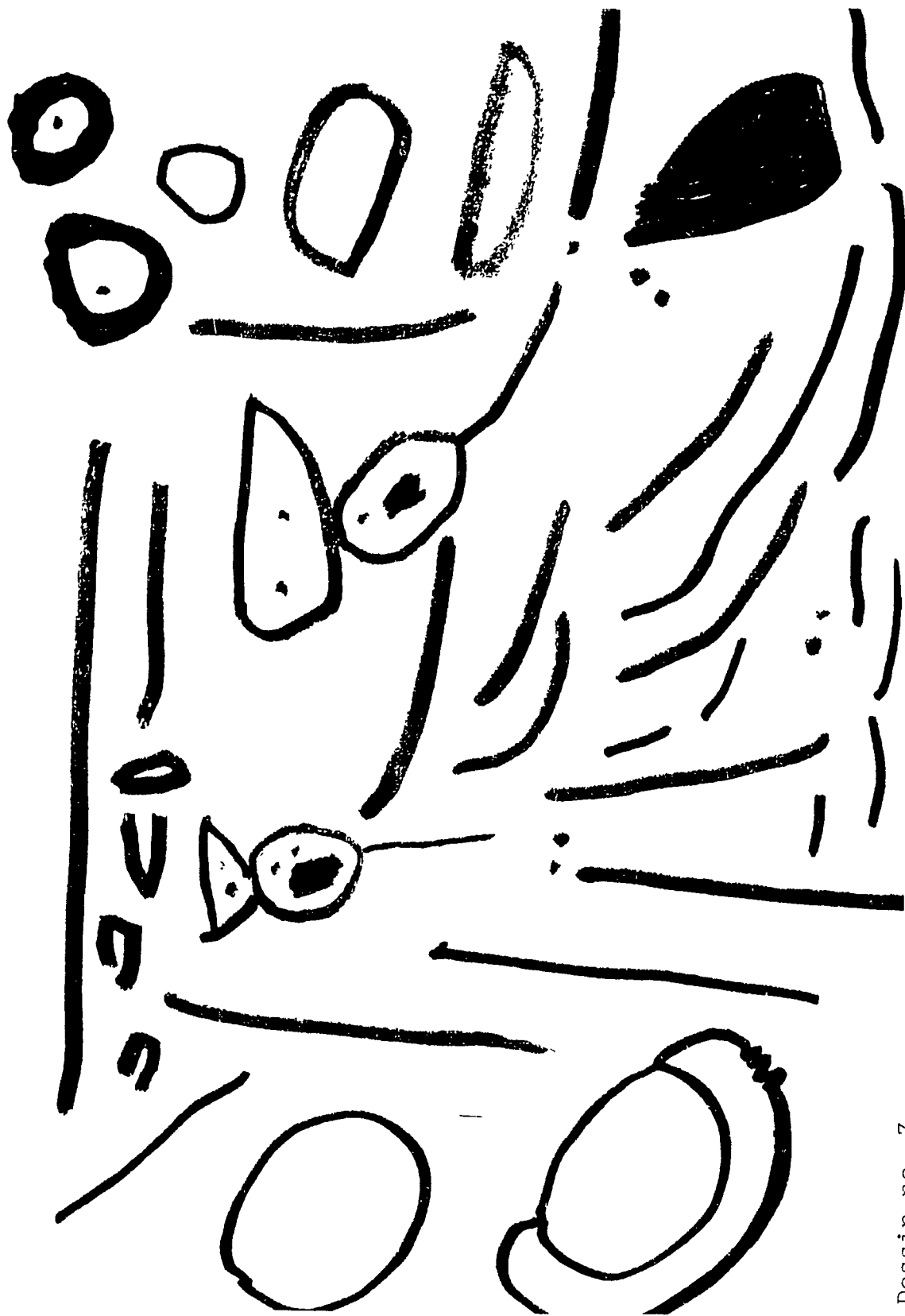




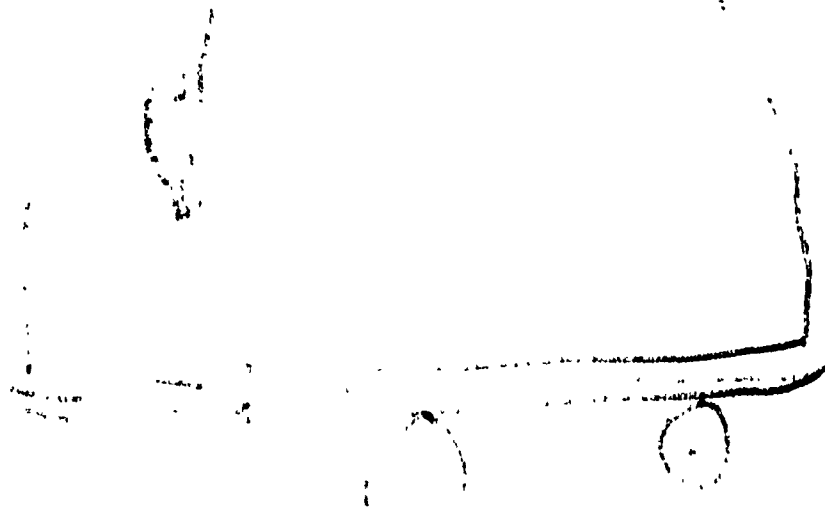
Dessin no. 5



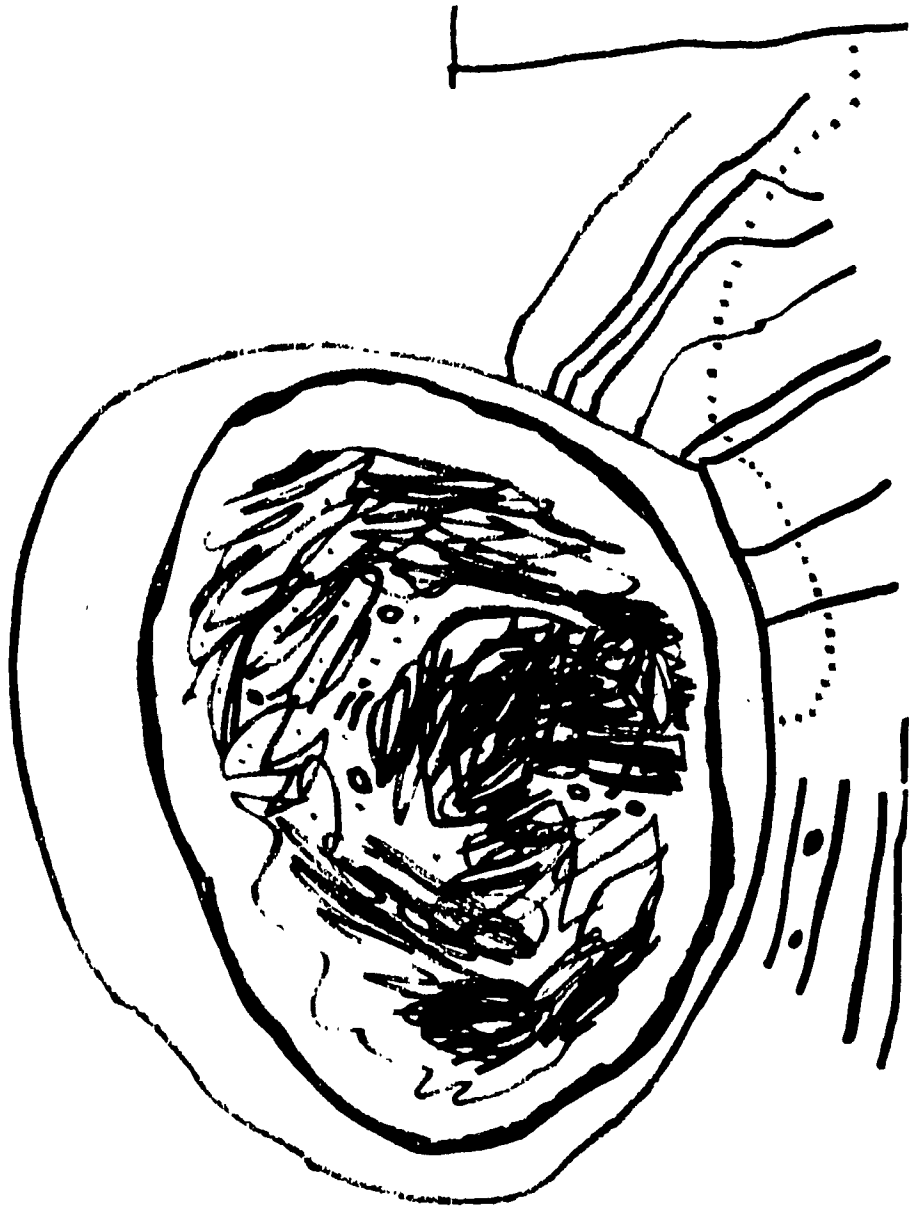
10
•
11
12
13
14
15
16
17
18



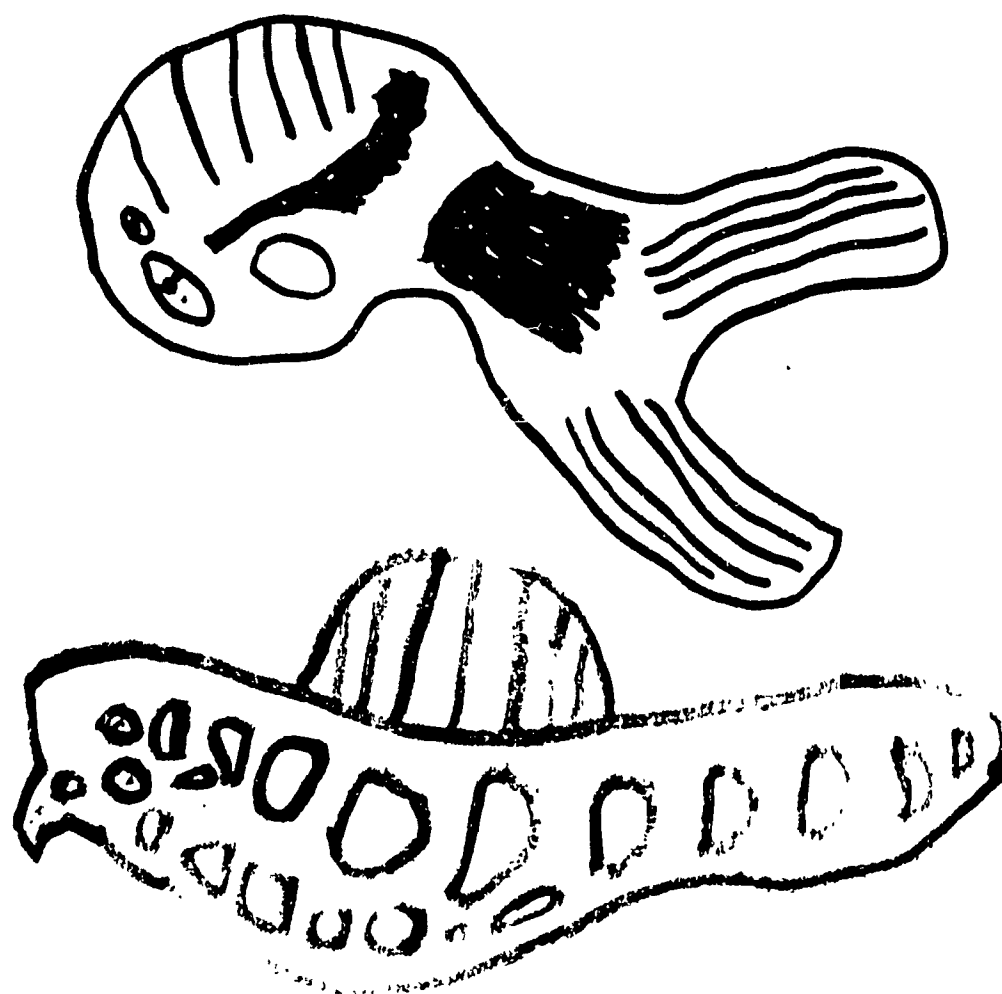
Dessin no. 7



00
00
00
00
00
00
00

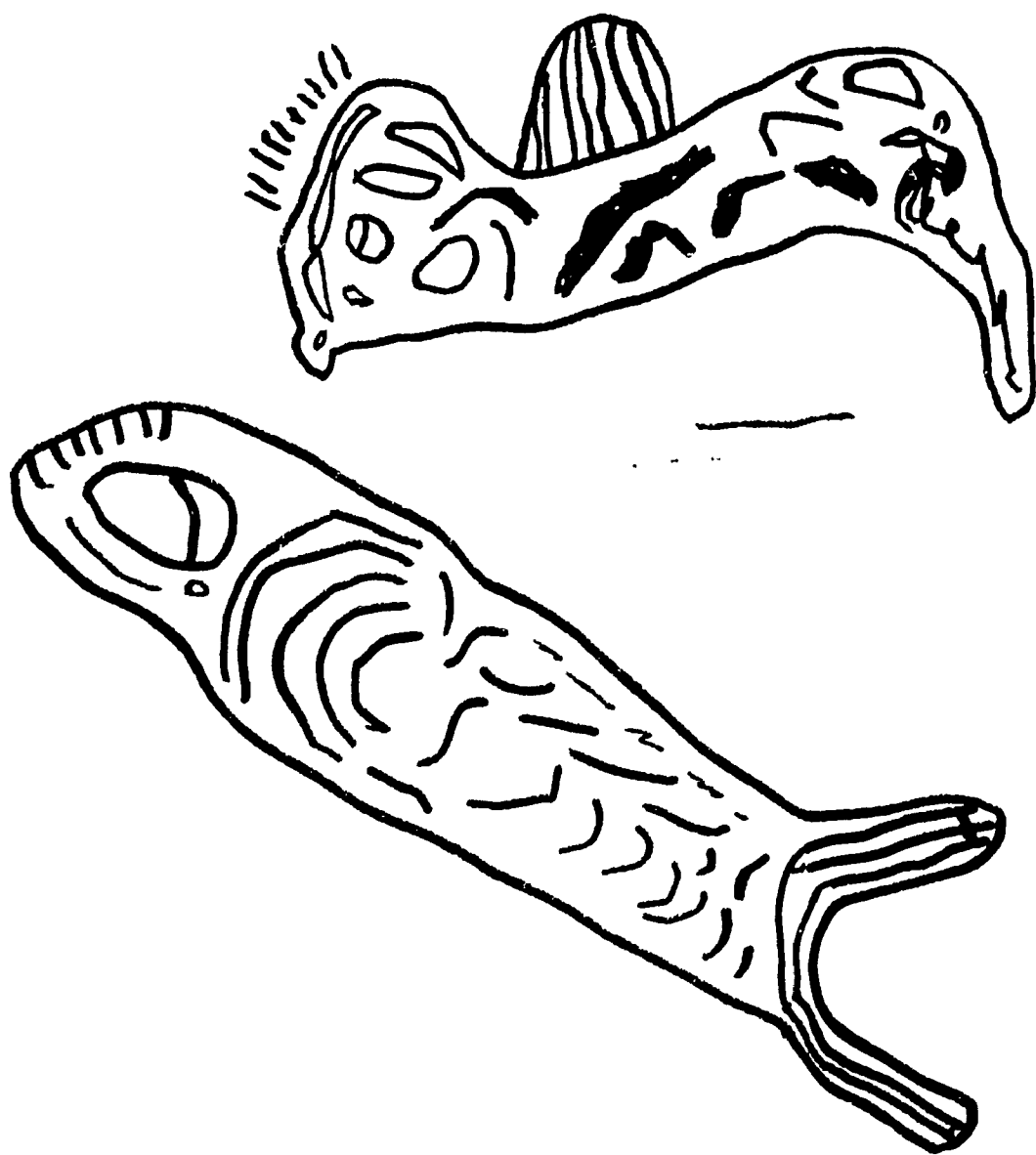


Dessin no. 9

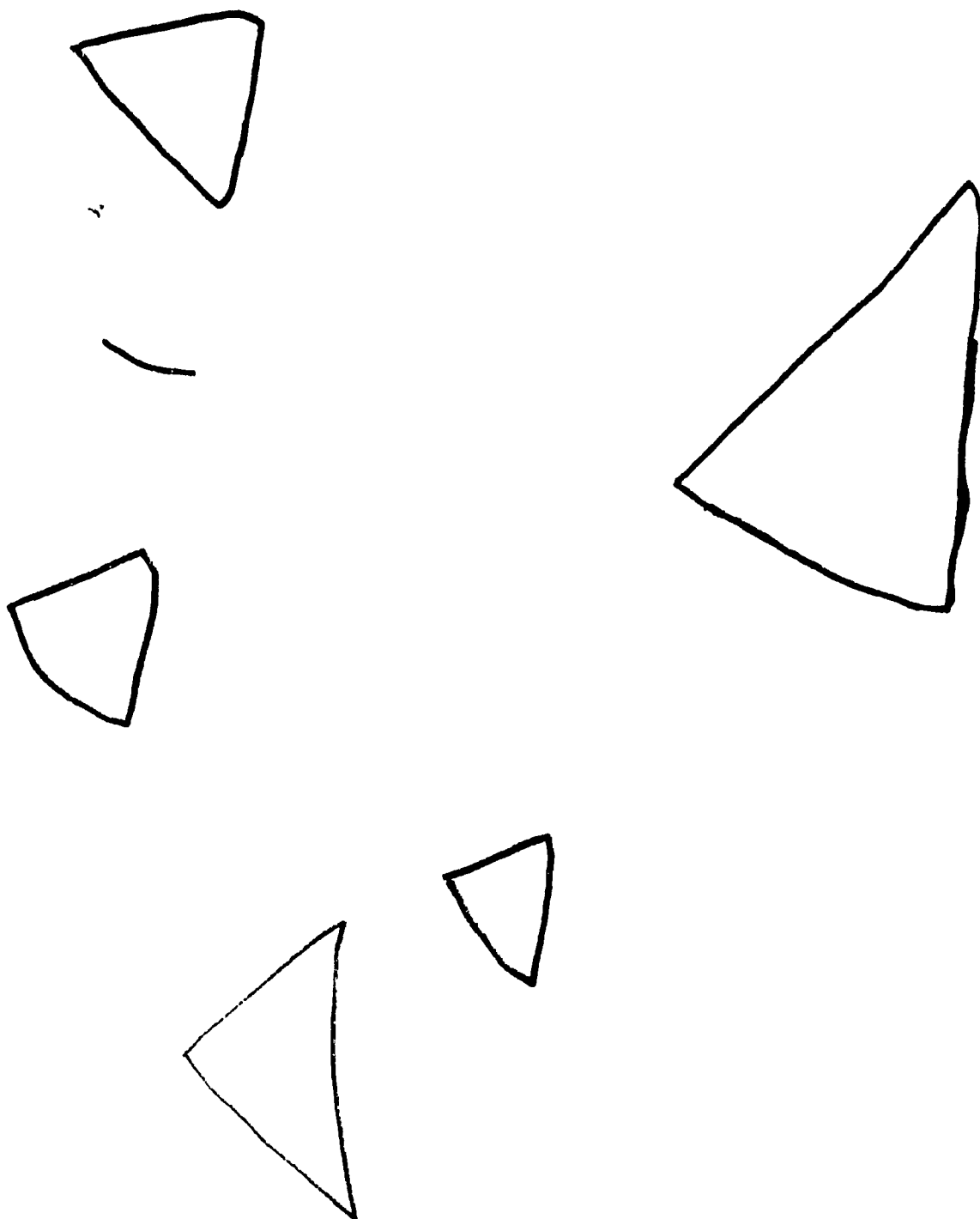


115





117



Dessin no. 13

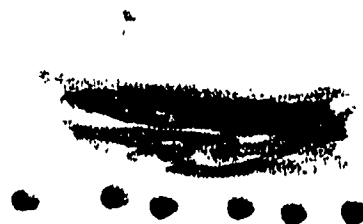
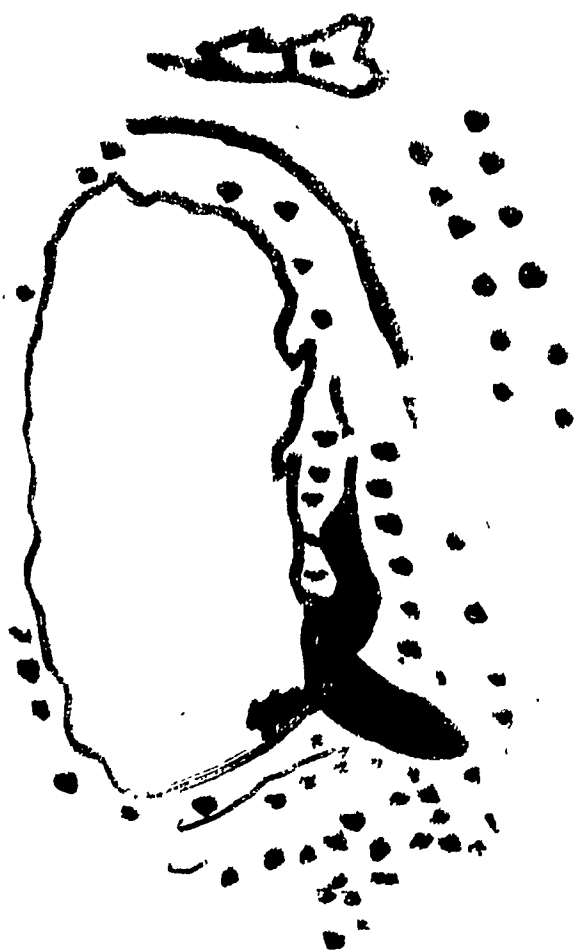
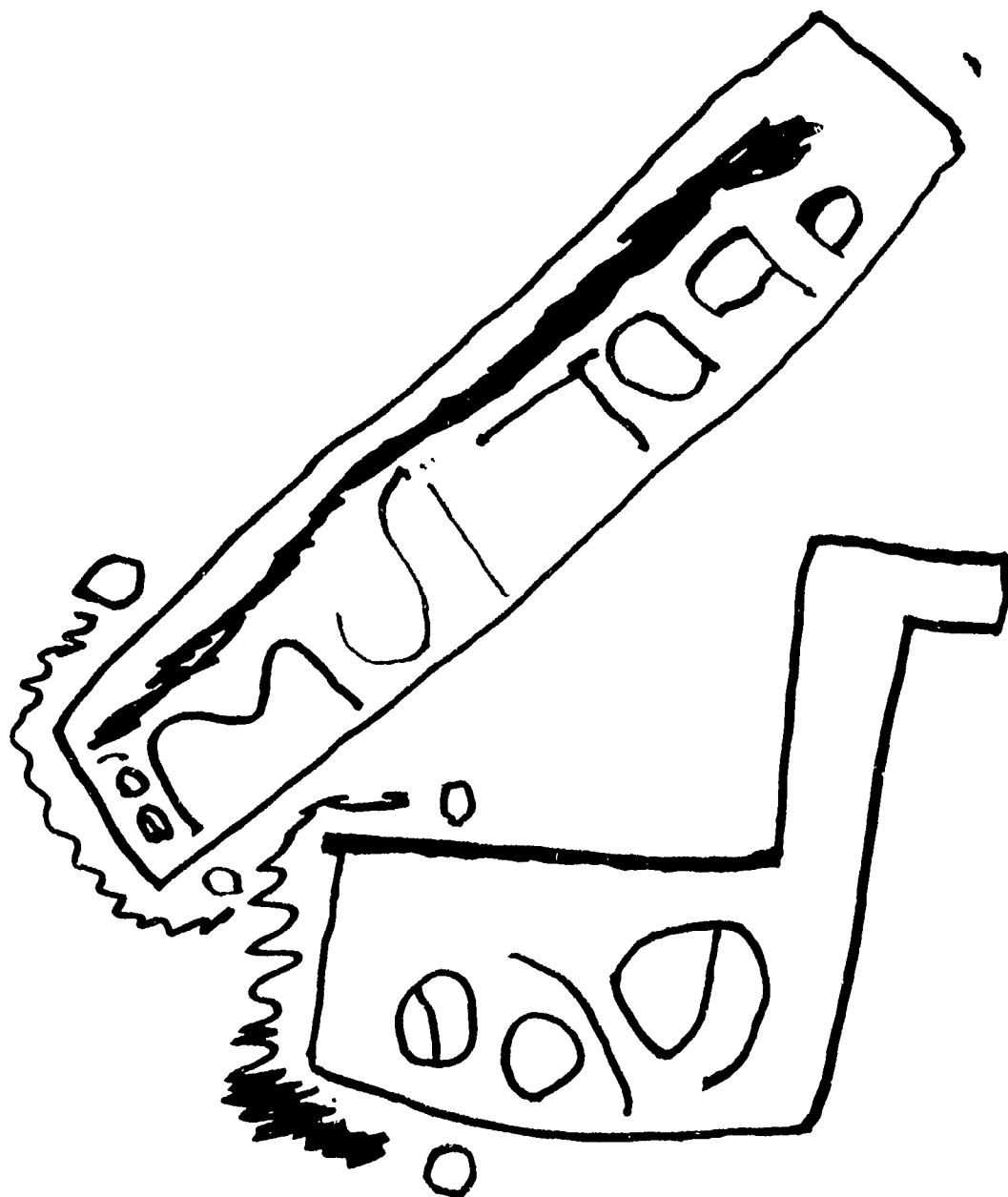


PLATE 14



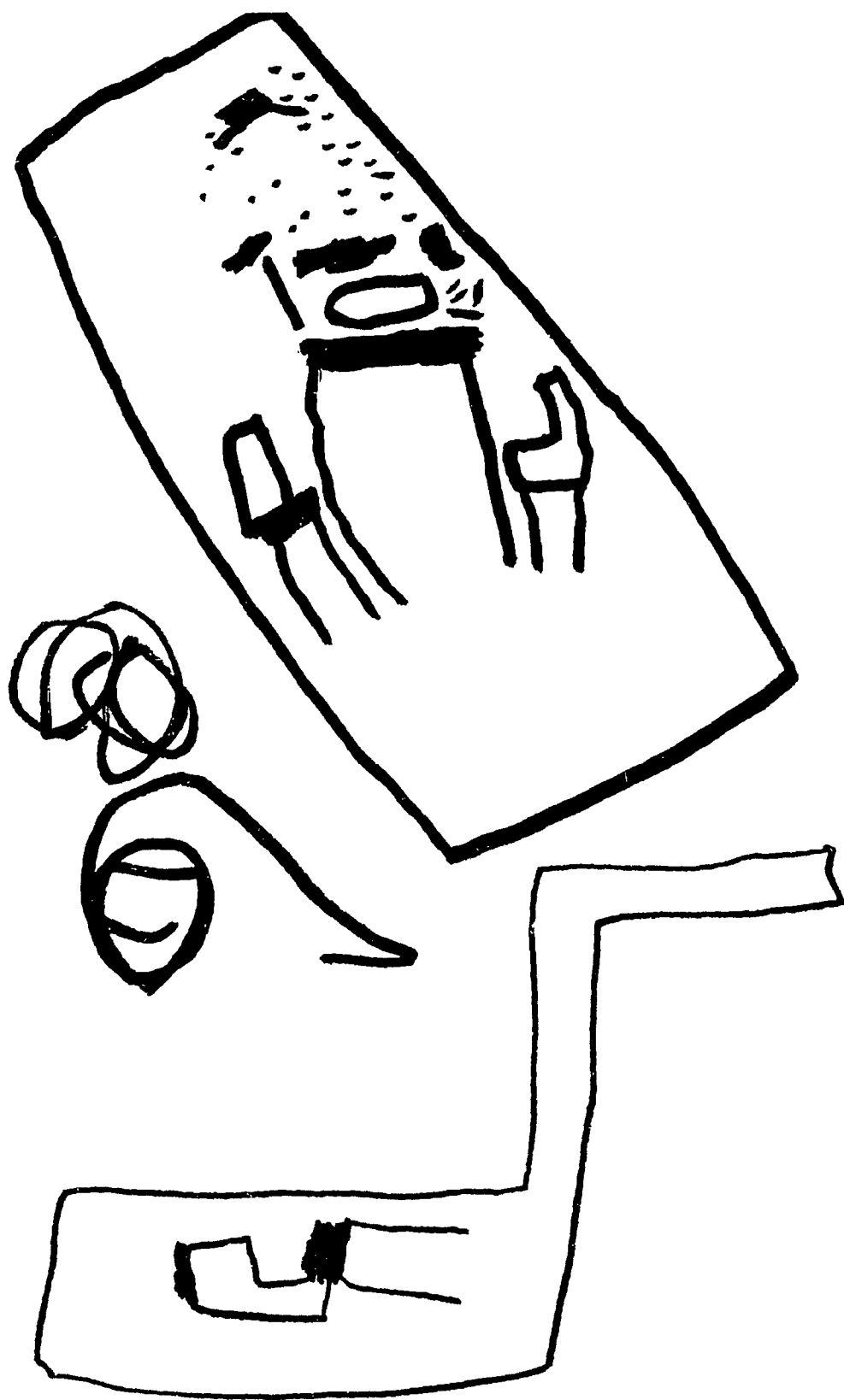
Dessin no. 15



Case No. 15



Dessin no. 17



123

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. De, & Marcelli, D. (1984). Psychopathologie de l'enfant (2rd ed.). Paris: Masson.
- Amado, G. (1979). De l'enfant à l'adulte. Paris: P.U.F.
- Anzieu, D. (1985). Le moi-peau. Paris: Dunod.
- Bentivegna, S. (1983). Case study: the use of art with an autistic child in residential care. American Journal of Art Therapy, 22, 51-56.
- Berguez, G. (1983). L'autisme infantile: introduction à une clinique relationnelle selon Kanner. Paris: P.U.F.
- Berguez, G. (1990). L'autisme infantile et Kanner. Autisme et psychoses de l'enfant sous la direction de Mazet et Lebovici. Paris: P.U.F.
- Bettelheim, B. (1971). Les blessures symboliques. Paris: Gallimard.
- Bettelheim, B. (1969). La forteresse vide. Paris: Gallimard.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. Journal psycho-analytic, 49, 484-486.
- Bion, W. (1964). Théorie de la pensée. Revue française de psychanalyse, XXV111, 1, 75-84.
- Bion, W. (1974). Attention et interprétation, Payot: Paris

- Bursztejn, C., Golse, B. (1990). Les "causes organiques" de l'autisme infantile. Autisme et psychoses de l'enfant sous la direction de Mazet et Lebovici. Paris: P.U.F.
- Colin, J. (1986). La notion de "containing" chez Bion et de "holding" chez Winnicott dans le contexte de la matrice de groupe. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, W. R. Bion et le groupe, 5-6, 31-41.
- Dalley, T. (1987). Images of art therapy: new developments in theory and practice. London: Tavistock.
- Dolto, F. (1987). L'enfant du miroir, Paris: Ed. Rivages.
- Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris: Editions du Seuil.
- Dumesnil, F. (1989). Autisme, psychoses précoces et automutilation: une approche psychodynamique. Montréal: P.U.M.
- Eiguer, A. (1989). Le crépuscule de l'empire de la causalité psychique. Revue française de psychanalyse, 5, 1277-1291.
- Freud, S. (1977). Pour introduire le narcissisme. La vie sexuelle. Paris: P.U.F. (original publié en 1914).
- Haag, G. (1990). Approche psychanalytique de l'autisme et des psychoses de l'enfant. Autisme et psychoses de l'enfant sous la direction de Mazet et Lebovici. Paris: P.U.F.
- Houzel, D. (1990). Réflexions sur la définition et la nosographie des psychoses infantiles. Autisme et psychoses de l'enfant sous la direction de Mazet et Lebovici. Paris: P.U.F.
- Jung, C.G. (1987). L'homme et ses symboles. Paris: Robert Laffont.

- Klein, M. (1979). Les racines infantiles du monde adulte. Envie et gratitude et autres essais. Paris: Gallimard. (original publié en 1959).
- Klein, M. (1987). L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi. Essais de psychanalyse. Paris: Payot. (original publié en 1930).
- Klein, M. (1987). La personnification dans le jeu des enfants. Essais de psychanalyse. Payot: Paris. (original publié en 1929).
- Konstantareas, M., Blackslock, G. & Webster, C. (1981). Initiation à l'autisme. Montréal: Publicité Graphix.
- Kornreich, T.Z., Schimmel, B. (1991). The world is attacked by great big snow flakes: art therapy with an autistic boy. The American journal of art-therapy, 29, 77-84.
- Kramer, E. (1971). Art as therapy with children. U.S.A.: Schocken Books Inc.
- Kris, E. (1978). Psychanalyse de l'art. Paris: P.U.F.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: P.U.F.
- Lebovici, S. & Soulé, M. (1983). La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. (4rd ed.). Paris: P.U.F.
- Leboyer, M., Roubertoux, P. (1990). Génétique et autisme infantile, bilan des travaux récents. Autisme et psychoses de l'enfant sous la direction de Mazet et Lebovici. Paris: P.U.F.
- Lelord, G. (1989). Autisme et troubles du développement global de l'enfant: recherches récentes et perspectives. Paris: Expansion scientifique française.

- Mahler, M., Pine, F. & Bergmann, A. (1980). La naissance psychologique de l'être humain. Paris: Payot.
- Mahler, M. (1973). Psychose infantile. Payot: Paris.
- Marcelli, D. (1983). La position autistique: hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques, Psychiatrie de l'enfant, 26, 5-55.
- Marcelli, D. (1986). Position autistique et naissance de la psyché. Paris: P.U.F.
- Marti, R. (1988). Ecouter et comprendre les enfants autistiques. Paris: ESF.
- Mazet, P. & Lebovici, S. (1990). Autisme et psychoses de l'enfant. Paris: P.U.F.
- McNiff, S. (1981). The arts and psychotherapy. Springfield: C.C. Thomas.
- Meltzer, D., Bremer, J., Hoxter, S., Weddell, D. & Wittenberg, I. (1984). Explorations dans le monde de l'autisme. (2nd ed.). Paris: Payot.
- Milner, M. (1976). L'inconscient et la peinture. Paris: P.U.F.
- Navratil, L. (1978). Schizophrénie et art. Paris: P.U.F.
- Piaget, J. (1966). La naissance de l'intelligence chez l'enfant. (5rd ed). Suisse: Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1963). La construction du réel chez l'enfant. (3rd ed). Suisse: Delachaux et Niestlé.
- Ribas, D. (1990) Irreprésentable de l'autisme infantile précoce. Revue française de psychanalyse, 1, 149-157.

- Rosolato, G. (1969). Essais sur le symbolisme. Paris: Gallimard.
- Ricks, D.-M., Wing, L. (1975). Language, communication, and the use of symbols in normal and autistic children. Journal of autism and childhood schizophrenia, 5, 191-221.
- Rozelle, D. (1982). "Wheel inside, a real moveable color", an autistic boy's search for self through the use of symbolic imagery. Pratt institute creative arts therapy review, 3, 1-10.
- Seifert, C. (1988). Learning from drawings: an autistic child looks out at us. The american journal of art therapy, 27, 45-53.
- Spitz, R.-A. (1984). De la naissance à la parole, (7rd ed.). Paris: P.U.F.
- Steinberger, E. (1987). Long-term therapy with an autistic adolescent. The american journal of art therapy, 26, 40-47.
- Synodinou, C. (1985). L'autisme infantile: approche thérapeutique. Paris: Aubier.
- Tustin, F. (1977). Autisme et psychose de l'enfant. Paris: Editions du Seuil.
- Tustin, F. (1986). Les états autistiques chez l'enfant. Paris: Editions du Seuil.
- Tustin, F. (1989). Le trou noir de la psyché. Paris: Editions du Seuil.
- Wadeson, H. (1980). Art psychotherapy. U.S.: John Wiley & sons, Inc.

- Wilson, L. (1985). Symbolism and art therapy I: symbolysm's role in development of ego functions. American journal of art therapy, 23, 79-88.
- Wilson, L. (1985). Symbolism and art therapy II: symbolism's relationship to basic psychic functioning. American journal of art therapy, 23, 129-133.
- Winnicott, D.W. (1974). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Nouvelle revue de psychanalyse: aux limites de l'analysable, 79-89.
- Winnicott, D.W. (1974). Processus de maturation chez l'enfant. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (1978). L'enfant et le monde extérieur. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris: Gallimard.
- Wing, L. (1977). Symbolic play severely mentally retarded and in autistic children. Journal of child psychology, psychiatry. 18, 167-178.